



**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Gestão em Enfermagem**

Dissertação

**Avaliação da Satisfação Profissional dos Enfermeiros  
num ACES da Região de Lisboa**

**Maria Helena Pires Correia Rabaça**

**Lisboa**  
**Janeiro-2018**





**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Gestão em Enfermagem**

Dissertação

**Avaliação da Satisfação Profissional dos Enfermeiros  
num ACES da Região de Lisboa**

**Maria Helena Pires Correia Rabaça**

Orientador: Professor Doutor Pedro Ricardo Martins Bernardes  
Lucas

Co-Orientador: Professor Doutor Pedro Augusto de Melo Lopes  
Ferreira

**Lisboa**  
**Janeiro-2018**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

## **Agradecimentos**

Agradecer ao Professor Doutor Pedro Lucas, pela orientação científica e esclarecimento de dúvidas ao longo da elaboração da dissertação.

Agradecer também ao coorientador, Professor Doutor Pedro Ferreira, pela disponibilidade na utilização e adequação do instrumento de colheita de dados, imprescindível para o desenvolvimento do estudo.

À Diretora Executiva do ACES em estudo, pela autorização em desenvolver o mesmo.

À minha família, pelo apoio e incentivo constante.

Aos colegas do Agrupamento que participaram no estudo, pela adesão demonstrada no preenchimento do questionário, permitindo a sua realização.

Aos que de uma forma direta ou indireta contribuíram para a realização deste trabalho, o meu enorme agradecimento.

## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ARSLVT.IP – Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo

CEISUC – Centro de Estudos de Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra

CIE - Conselho Internacional dos Enfermeiros

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral da Saúde

ECL – Equipa Coordenadora Local

ECL/ECCI – Equipa Coordenadora Local de Cuidados Continuados Integrados

EpS - Educação para a Saúde

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EUA – Estados Unidos da América

IASP - Instrumento de Avaliação da Satisfação Profissional

MCQ – Melhoria Contínua da Qualidade

NGP- Nova Gestão Pública

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPSS- Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

QLT – Qualidade Local de Trabalho

QPC – Qualidade da Prestação de Cuidados

RCAAP - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

SG – Satisfação Global

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UF – Unidades Funcionais

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade de Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

## RESUMO

O enfermeiro gestor assume-se como figura central numa organização de saúde no que diz respeito à gestão na enfermagem, procurando a melhoria contínua dos cuidados prestados à população. Assim como existe preocupação com a qualidade dos cuidados de saúde, existe também uma preocupação crescente com a satisfação profissional, nomeadamente dos enfermeiros, enquanto elemento influenciador da saúde do próprio, da sua qualidade de vida e da sua influência sobre os indivíduos e as organizações, apresentando-se como um importante indicador de gestão.

A constante reorganização dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), aliada ao interesse pessoal sobre o tema, motivou o presente estudo que tem como objetivo geral, a avaliação da satisfação profissional dos enfermeiros num Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), da Região de Lisboa. Pretendemos descrever os níveis de satisfação profissional do referido ACES, compreender a relação entre a satisfação profissional e os fatores sociodemográficos e profissionais e identificar a satisfação profissional dos enfermeiros nas diferentes Unidades Funcionais (UF), existentes.

Trata-se de um estudo observacional de natureza descritiva, transversal e correlacional, onde se utilizou o *Instrumento de Avaliação da Satisfação Profissional-ACeS (...) v2*, (IASP ACeS (...) v2), do Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC), com a coorientação do respetivo autor.

Os resultados demonstraram que a dimensão que apresenta maiores níveis de satisfação é, à semelhança de estudos idênticos, a “Melhoria Contínua da Qualidade” (MCQ).

Em relação aos fatores sociodemográficos e profissionais, apenas referir que os homens estão menos satisfeitos que as mulheres, não se registando nas outras variáveis, diferenças estatisticamente significativas.

No que respeita à “Satisfação Global” (SG), os resultados apresentam algumas diferenças entre as UF, nomeadamente na Unidade de Saúde Pública (USP) e nas Unidades de Saúde Familiar (USF) Modelo B.

A “Qualidade de Prestação de Cuidados” (QLT) é uma dimensão em que o grau de satisfação revelou-se apenas “Regular”.

**Palavras-Chave:** Enfermeiros, Satisfação Profissional, Cuidados de Saúde Primários

## **ABSTRACT**

The nurse manager is assumed as a central figure in a health organization with regard to nursing management, seeking the continuous improvement of the care provided to the population. In the same way that there is concern about the quality of health care, there is also an increasing concern with professional satisfaction, especially of nurses, as an influential factor in one's health, quality of life and influence on individuals and Organizations, presenting itself as an important management indicator.

The constant reorganization of Primary Health Care (CSP), together with personal interest in the subject, motivated the present study whose general objective is to evaluate nurses' professional satisfaction in a Health Centers Grouping (ACES) in the Region of Lisbon. We intend to describe the levels of professional satisfaction of the referred ACES, to understand the relationship between professional satisfaction and sociodemographic and professional factors, and to identify the professional satisfaction of the nurses in the different Functional Units (UF).

It is an observational study of descriptive, cross-sectional and correlational nature, using the IASP ACES (...) v2, of CEISUC with the co-orientation of the respective author. The results showed that the dimension with the highest levels of satisfaction is, like similar studies, "Continuous Quality Improvement" (MCQ).

Regarding the socio-demographic and professional factors, only to mention that men are less satisfied than women, not being registered in the other variables, statistically significant differences.

Regarding the "Global Satisfaction", the results show some differences between the UF, namely in the Public Health Unit (USP) and the Family Health Units (USF) Model B.

The "Quality of Care of Care" (QLT) is a dimension in which the level of satisfaction was only "Regular".

**KEY WORDS:** nurses, job satisfaction, primary health care.

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	<b>5</b>
<b>1. GESTÃO EM ENFERMAGEM</b>	<b>6</b>
<b>2. SATISFAÇÃO PROFISSIONAL</b>	<b>12</b>
<b>3. QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM</b>	<b>23</b>
<b>PARTE II - TRABALHO EMPÍRICO</b>	<b>31</b>
<b>1. METODOLOGIA</b>	<b>32</b>
1.1 Tipo de Estudo	32
1.2 População	32
1.3 Contexto Populacional – O ACES e seu modelo organizacional	34
1.4 Instrumento de Colheita de Dados	38
1.5 Fiabilidade do IASP	41
1.6 Procedimentos Formais e Éticos	42
1.7 Tratamento e análise dos dados	43
<b>2. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b>	<b>44</b>
2.1 Caraterização sociodemográfica da população-alvo	44
2.2 Características profissionais da população-alvo	45
2.3 Avaliação da Satisfação Profissional	47
2.3.1 Avaliação da Dimensão “Qualidade do local de Trabalho”	48
2.3.2 Avaliação da Dimensão “Qualidade da Prestação de Cuidados”	54
2.3.3 Avaliação da Dimensão “Melhoria Contínua da Qualidade”	55
2.3.4 Avaliação da Dimensão “Satisfação Global”	56
2.4 Análise da Questão Aberta	58
2.5 Avaliação da Satisfação Profissional em relação aos Fatores Sociodemográficos e Profissionais	59

2.5.1 Fatores sociodemográficos .....	59
2.5.2 Satisfação Profissional em relação à variável sexo:.....	60
2.5.3 Satisfação Profissional em relação à variável idade .....	61
2.5.4 Satisfação Profissional em relação à situação familiar.....	61
2.5.5 Satisfação Profissional em relação à formação académica .....	62
<b>2.6 Fatores Profissionais .....</b>	<b>63</b>
2.6.1 Satisfação Profissional em relação ao Tempo de serviço .....	63
2.6.2 Satisfação Profissional em relação à Categoria Profissional.....	64
2.6.3 Intenção de Emigrar .....	64
<b>2.7 Avaliação da Satisfação Profissional nas diferentes Unidades Funcionais .....</b>	<b>66</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>71</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>76</b>

## **ANEXOS**

**ANEXO 1:** Instrumento de Avaliação – Questionário IASP

**ANEXO 2:** Autorização da Direção Executiva do ACES para a realização do estudo

**ANEXO 3:** Autorização do Autor do Instrumento

**ANEXO 4:** Caixa (tipo urna) para a recolha do questionário

**ANEXO 5:** Quadro Resumo da Revisão Scoping

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE 1:** Categorias acerca das questões abertas



## ÍNDICE FIGURAS

Pág.

Figura 1 - Organograma de um ACES.....	34
--	----

## ÍNDICE GRÁFICOS

Pág.

<b>Gráfico 1 - Subdimensão: “Política de Recursos Humanos”</b>	
<b>Facetas: “Órgãos de Gestão e Política” e “Recursos Humanos”</b> .....	49
<b>Gráfico 2 - Subdimensão: “Moral”</b>	
<b>Facetas: “Estado de Espírito” e o/a “Responsável”</b> .....	51
<b>Gráfico 3 - Subdimensão: “Recursos Tecnológicos e Financeiros”</b>	
<b>Facetas:” Vencimento” e “Local de Trabalho e Equipamento”</b> .....	53
<b>Gráfico 4 - Dimensão “Qualidade da Prestação de Cuidados”</b> .....	54
<b>Gráfico 5 - Dimensão “Melhoria Contínua da Qualidade”</b> .....	55
<b>Gráfico 6 - Dimensão “Satisfação Global”</b> .....	57

<b>Quadro 1</b> - Número de unidades por tipologia e distribuição numérica e percentual dos enfermeiros da população-alvo.....	33
<b>Quadro 2</b> - Descrição das Dimensões, Subdimensões, Facetas e Questões do IASP.....	39
<b>Quadro 3</b> - Dimensões, Subdimensões e Facetas do IASP.....	40
<b>Quadro 4</b> - <i>Alpha de Cronbach</i> das Dimensões, Subdimensões e Facetas do IASP.....	41
<b>Quadro 5</b> - Valores comparativos de <i>Alfa de Cronbach</i> .....	42
<b>Quadro 6</b> - Intencionalidade de emigrar.....	65
<b>Quadro 7</b> - Avaliação da Satisfação Profissional por Unidade Funcional.....	67

## ÍNDICE TABELAS

Pág.

<b>Tabela 1</b> - Resultados das variáveis sociodemográficas.....	45
<b>Tabela 2</b> - Resultado das variáveis organizacionais.....	46
<b>Tabela 3</b> - Valores médios globais das respostas às dimensões, subdimensões e facetas do questionário.....	47
<b>Tabela 4</b> - Satisfação Profissional segundo o sexo.....	60
<b>Tabela 5</b> - Satisfação profissional segundo o grupo etário.....	61
<b>Tabela 6</b> - Satisfação profissional em relação à situação familiar.....	62
<b>Tabela 7</b> - Satisfação profissional em relação à formação académica.....	62
<b>Tabela 8</b> - Satisfação profissional em relação ao tempo de serviço.....	63
<b>Tabela 9</b> - Satisfação profissional em relação à categoria profissional.....	64

## INTRODUÇÃO

As várias questões relativas à gestão na enfermagem resumem em si, um repto ao enfermeiro gestor enquanto figura central da organização e gestão dos cuidados de enfermagem, procurando a excelência dos cuidados.

Por sua vez a satisfação profissional tornou-se uma área prioritária na avaliação e garantia da qualidade dos cuidados, assumindo-se assim um importante indicador de gestão, apresentando-se como uma dimensão importante a ser estudada e com matéria de interesse para o enfermeiro gestor.

A satisfação no trabalho tem sido apontada como exercendo influências sobre o trabalhador, que pode manifestar-se sobre sua saúde, qualidade de vida e comportamento, com consequências para os indivíduos e para as organizações.

A influência expressa no indivíduo, induzida pela satisfação no trabalho, pode manifestar-se na sua saúde física e mental, nas suas atitudes e na sua qualidade de vida, traduzindo resultados positivos ou negativos para as pessoas e para as organizações (Martinez & Paraguay, 2003).

“A satisfação associa-se à esfera individual do trabalhador, ao seu bem-estar físico e emocional, à qualidade de vida e à esfera organizacional (qualidade do trabalho, desempenho, produtividade, pontualidade, absentismo e rotatividade) ” (Batista, Santos, Santos & Duarte, 2010, p. 58).

Neste enquadramento, considera-se a satisfação profissional nos enfermeiros, uma área importante a ser estudada por gestores, com o objetivo de detetar e minimizar possíveis fatores que possam influenciar negativamente os profissionais e o seu desempenho (Matsuda & Évora, 2006).

Nesta linha de pensamento, já o PNS 2004-2010, expressava como estratégia, a avaliação do grau de satisfação dos profissionais de saúde (DGS, 2004).

A Lei de Bases da Saúde, Lei nº 48/90 de 24 de Agosto, Base XXX, refere a satisfação dos profissionais de saúde, como um dos quatro critérios para avaliação do SNS (Lei 48/90, 24-08-1990).

O PNS 2012-2016, num dos seus eixos estratégicos, o eixo da Qualidade em Saúde, prevê nas suas orientações e evidência, que a nível político se deve promover a acreditação dos serviços prestadores de cuidados de saúde, e a nível organizacional, se deve monitorizar a satisfação dos profissionais, estabelecer

políticas de qualidade que visem assegurar a qualidade dos cuidados aos cidadãos (DGS, 2012).

Ainda o referido Plano estabelece para a sua intervenção e monitorização, variados indicadores, que na área da efetividade, aponta a satisfação dos profissionais como indicador de desempenho do Sistema de Saúde, para a obtenção de ganhos em saúde (DGS, 2012).

Existem já diversos estudos em Portugal sobre a avaliação da satisfação profissional dos enfermeiros, que se incluíram no referencial teórico deste trabalho. Tal facto não será em vão, uma vez que a satisfação no trabalho resulta de uma série de condicionantes e de fatores determinantes para a saúde física, mental e social do trabalhador. É no fundo, a combinação entre as condições de trabalho, as relações interpessoais, a relação com os líderes e as condições gerais de vida, assim como o controle que o individuo tem da sua própria vida enquanto elemento ativo e produtivo da sociedade (Marqueze & Moreno, 2005).

Considerando um quadro teórico integrador da influência dos fatores do ambiente na prática de enfermagem, Aiken (2002), sublinha que maior envolvimento em todas as funções e competências inerentes à profissão conduzem a maiores níveis de satisfação, favorecendo os resultados dos cuidados prestados. Também Lake (2002) considera o ambiente da prática, uma variável influenciadora da qualidade dos cuidados.

Constatando tais pressupostos, aliado à convicção e à percepção de que a satisfação profissional pode influenciar o desempenho profissional dos enfermeiros, contribuir para a sua estabilidade psico-emocional e aumentar o nível de satisfação dos utentes, surge a motivação para a realização deste estudo e a respetiva questão de investigação: Qual o grau de satisfação profissional dos enfermeiros a exercer funções num ACES da região de Lisboa?

Para a prossecução do estudo estabelecemos como objetivo geral:

- Avaliar a satisfação profissional dos enfermeiros de um ACES da Região de Lisboa.

Como objetivos específicos foram definidos:

**A** - Analisar os níveis de satisfação do ACES em estudo, através do instrumento IASP;

**B** - Identificar a relação entre a satisfação profissional e os fatores sociodemográficos e profissionais;

**C** – Identificar a satisfação profissional dos enfermeiros nas diferentes UF que constituem o ACES.

Foi realizada uma Revisão *Scoping* da literatura para este trabalho (**Anexo 5**), baseada na metodologia do protocolo de Joanna Briggs Institute Reviewers' 2015 (JBI). A Revisão *Scoping* é uma revisão abrangente, que segundo Arksey & O'Malley (2005), fornece informação ampla em vez de focalizada, sobre a literatura existente acerca da temática que pretendemos, independentemente de se tratarem, de estudos qualitativos ou quantitativos.

Para a formulação da pergunta de pesquisa foi utilizado a mnemónica PCC (População, Conceito e Contexto), conforme a referida estratégia de pesquisa prevê e que contribuiu para a questão de investigação, e que é: Qual o grau de satisfação profissional dos enfermeiros a exercer funções em CSP?

A pesquisa bibliográfica inicial foi efetuada com recurso às bases de dados eletrónicas: Cinahl e Medline, através da plataforma EBSCO, baseando-se numa pesquisa livre, o que permitiu identificar as palavras-chave e utilizá-las como termos para a pesquisa.

Numa segunda pesquisa utilizou-se termos (de acordo com descritores MeSH), permitindo uma linguagem mais precisa, em ambas as bases de dados, com as palavras-chave, **nurses**, **job satisfaction** e **primary health care**, articuladas através das expressões booleanas **AND**, isoladamente e uma palavra-chave de cada vez.

A terceira fase da pesquisa considera a literatura cinzenta e corresponde a uma pesquisa noutras plataformas eletrónicas, tais como B-On e RCAAP, onde foram selecionados alguns artigos e teses com interesse para o estudo, utilizando como critérios, a atualidade, a semelhança com o estudo que se pretende fazer e as palavras-chave.

Foram estabelecidos critérios de inclusão que corresponderiam aos artigos apresentados na língua portuguesa e inglesa, em *full text* e no período de 2011-2016, tentando assim a recolha de evidência mais atual. Também foram incluídos neste protocolo de revisão, estudos qualitativos e quantitativos que têm como objeto de estudo os enfermeiros (população), a satisfação profissional (conceito), no

(contexto) de Cuidados de Saúde Primários (CSP), em contexto nacional ou internacional e teses resultantes de estudos nacionais semelhantes.

O estudo foi desenvolvido num ACES da região de Lisboa, o qual integra diversas UF diferenciadas como: Unidades de Saúde Familiar (USF) modelos A e B, Unidade de Cuidados de Saúde Partilhados (UCSP), Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), Unidade de Saúde Pública (USP) e Equipa Coordenadora Local (ECL). Apesar de, a ECL não ser considerada uma Unidade Funcional, foi contemplada no estudo uma vez que possui enfermeiros alocados. A população em estudo será a totalidade dos enfermeiros que desempenham funções nas referidas unidades, num total de 231.

O estudo foi devidamente autorizado pela Direção do ACES e, por questões éticas, este não será identificado.

A escolha do instrumento de recolha de dados para este estudo, recaiu sobre o IASP do CEISUC, por já ter sido utilizado em vários estudos semelhantes e por se adequar ao objetivo do estudo. Após efetuar o pedido de autorização para a utilização deste instrumento, foi possível efetivar também, um protocolo entre o autor do mesmo e a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), no que diz respeito à sua utilização em futuros estudos.

O trabalho está estruturado em duas partes essenciais que correspondem ao enquadramento teórico e ao trabalho empírico.

O enquadramento teórico é composto por três capítulos onde se aborda a influência da gestão em enfermagem, em que se destaca o papel fundamental do enfermeiro gestor, como decisor no que se refere à gestão das equipas e implementação de práticas que contribuam para a satisfação dos enfermeiros (Brewer & Verran, 2013), elementos chave para a obtenção da qualidade dos cuidados prestados e sua efetividade, como propósito de um processo de melhoria contínua (Mendes, 2012), tal como o Modelo da Efetividade dos Cuidados de Enfermagem de Irvine et al (2002), pretende demonstrar.

A parte empírica do trabalho é composta pela contextualização populacional do local onde se desenvolveu o estudo, a metodologia e a apresentação e discussão dos resultados.

O trabalho finaliza com algumas conclusões, limitações e perspetivas futuras face ao estudo realizado.



## **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## 1. GESTÃO EM ENFERMAGEM

Com origem no latim, gestão refere-se ao ato de gerir ou administrar, envolvendo no seu conceito uma série de medidas cujo objetivo será a produção de determinado produto, com a maior qualidade, que se traduza num resultado eficaz.

Várias são as contribuições teóricas que tendem a capacitar gestores, nomeadamente no setor da saúde, no que se refere à gestão dos problemas do quotidiano, e que se refletem na evolução da administração das organizações (Matos & Pires, 2006).

A partir dos anos 80, e abandonando os modelos de Taylor e Ford da organização do trabalho, começa a dar-se maior importância à participação dos trabalhadores nas tomadas de decisão, a existir uma maior transparência nos objetivos e estratégias organizacionais, permitindo assim uma maior cooperação entre a gestão de topo e o nível operacional (Matos & Pires, 2006).

O processo de gestão é particularmente dirigido aos profissionais, procurando simultaneamente a sua satisfação tendo em conta as necessidades da instituição; o gestor assume portanto um papel fundamental no inter-relacionamento da equipa e do ambiente (Huber, 2006).

Por seu lado, a gestão em enfermagem não possui uma história específica, remonta aos tempos de Florence Nightingale, a quem se atribui um papel relevante.

A gestão em enfermagem deve ser compreendida como um instrumento que coopera de forma importante para que a enfermagem se torne um modelo de produção de prestação de cuidados e que, ao mesmo tempo, assegure a qualidade da organização. Surge como uma estratégia fundamental no processo de cuidados e sua organização, assim como no controle e avaliação da qualidade.

Neste sentido “os profissionais de saúde, particularmente os da área da prestação e os gestores, são chamados a um *papel* de crescente relevo na defesa e na promoção de medidas que harmonizem custos baixos com garantia de qualidade” (Reis, 2004, p.8).

Na mesma perspetiva, os enfermeiros deparam-se com grandes alterações na sua prática não podendo contentar-se apenas com a prestação de cuidados segundo normas pré-estabelecidas, mas procedendo a uma avaliação constante dos cuidados prestados e à procura de meios para a sua melhoria contínua (Caetano, 2010).

Deste modo, o Conselho Internacional dos Enfermeiros (CIE), órgão internacional representativo de enfermagem, do qual a Ordem dos Enfermeiros (OE) faz parte, estabelece e assegura a implementação de políticas de saúde idóneas, capazes de assegurar cuidados de saúde para todos. Através das suas tomadas de posição, imitem o seu parecer público no que se refere às questões da saúde e enfermagem a nível internacional. Assim a enfermagem deve estar envolvida no planeamento e políticas de saúde e respetiva gestão através de papéis de gestão e liderança (CIE, 2000).

“O CIE sustenta firmemente que os gestores em enfermagem têm de ser diretamente responsáveis pela gestão dos serviços de enfermagem” (CIE, 2000). Desta forma, a formação dos enfermeiros deve capacitá-los para assumirem papéis quer como gestores de serviços de educação em enfermagem, quer como gestores de serviços de cuidados de saúde.

Também o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes prevê uma gestão empenhada nos vários planos, humano, técnico e organizacional, no processo da prestação de cuidados, garantindo não só a segurança do doente como a qualidade dos cuidados e a gestão do risco, aspeto considerado na Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (Despacho nº 1400-A/2015).

Há décadas que em Portugal, as funções de gestão dos enfermeiros são consideradas importantes para o SNS. As funções de gestão dos enfermeiros estão assim expressas no Regulamento de Competências do Enfermeiro Gestor (Regulamento n.º 101 de 10 de Março (2015)).

Pressupõe-se que o enfermeiro gestor seja detentor de um conhecimento efetivo, quer no domínio da disciplina de enfermagem, quer na própria profissão e no domínio específico da gestão em enfermagem, considerando as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, devendo garantir o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, nomeadamente a Organização dos Cuidados de Enfermagem, que conjectura uma procura permanente da excelência no exercício profissional, maximizando a eficácia na organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2014).

Tal como refere Reis (2004), “a competência profissional do gestor, mais do que um somatório de competências isoladas, é uma visão global (holística) da realidade”.

Também McSherry, Pearce Grimwood & McSherry (2012), consideram que o enfermeiro gestor apresenta-se como um líder de excelência, capaz de gerir recursos e criar ambientes favoráveis à prática de cuidados de qualidade.

Assim, o enfermeiro gestor assume um importante papel na gestão das unidades de saúde, deve possuir uma formação especializada, com competências no domínio da gestão e da assessoria.

As competências no domínio da gestão devem garantir uma prática profissional baseada na evidência e numa conduta ética, garantindo a qualidade dos cuidados prestados numa filosofia de melhoria continua.

O enfermeiro gestor gere também recursos humanos e materiais e garante o permanente desenvolvimento de competências dos elementos da sua equipa (OE, 2014). Ele serve de exemplo para que outros elementos surjam, com disponibilidade para continuar o seu trabalho, promovendo a satisfação profissional (Balsanelli & Cunha, 2006).

É também sua função proceder à avaliação de desempenho dos seus enfermeiros dentro do quadro legal previsto (OE, 2004).

Ao nível da assessoria, o enfermeiro gestor participa na definição das políticas institucionais, assim como no plano estratégico da organização, demonstrando uma atitude pró-ativa e inovadora (OE, 2014). Precisa identificar quais as necessidades do seu serviço ou dos seus utentes e adequar e direcionar o potencial de cada um dos seus enfermeiros no sentido da adequação dos cuidados.

Neste sentido deseja-se que o enfermeiro gestor seja detentor de uma vasta formação, capaz de adequar os seus objetivos e os da sua equipa aos objetivos e metas da sua organização (Hesbeen, 2001), e ser conhecedor de várias questões que interagem com os seus elementos no desenvolvimento das atividades, incentivando a mudança e a inovação (Chiavenato, 2002).

Também Ayamolowo, Irinoye & Oladoyin, (2013), referem no seu estudo que os gestores devem defender mais as políticas e programas de forma a promover a produtividade da equipa de enfermagem e ter um papel ativo na tomada de decisão nos órgãos de governança e na organização influenciando as decisões que afetam a prática de enfermagem e o seu ambiente.

A Gestão está muito associada à organização e à liderança sendo que as características essenciais de um líder são fundamentais, entre elas, a comunicação

que em saúde, deve ser rigorosa, contribuindo para clarificar e desmistificar dados complexos relacionados com os cuidados de saúde e permitam aos utentes tomar decisões mais conscientes acerca da sua saúde (Kreps, 2012).

Comunicar neste contexto, não é só distribuir tarefas ou dar determinadas ordens. Espera-se do enfermeiro gestor, características como: caráter, sabedoria, assertividade, imparcialidade e reconhecimento. Que seja um elemento mediador com a gestão de topo, capaz de partilhar conhecimentos, criar uma dinâmica de envolvimento da equipa nas tomadas de decisão, sempre com o objetivo maior de prestar cuidados de qualidade.

De facto, os estilos de liderança e as características do líder influenciam diretamente o comportamento dos envolvidos, quer positiva, quer negativamente.

Laschinger, Wong, Grau, Read, & Stam, 2011, consideram que a prática da liderança transformacional é considerada uma liderança, que aumenta a perceção dos enfermeiros em relação ao apoio da organização, aumento da qualidade dos cuidados prestados e conseqüentemente, menor intenção de mudar de local de trabalho.

Na mesma linha de pensamento, Laschinger, Finegan, & Wilk, (2011) no seu estudo, referem a influência da qualidade da relação do enfermeiro gestor com os membros da equipa, nos níveis elevados de satisfação profissional, menor desgaste emocional e baixos níveis de *burnout*.

Um líder que é capaz de comunicar claramente os objetivos da organização, que é capaz de motivar as pessoas fazendo com que elas sintam que fazem parte integrante daquela organização e assumam os objetivos e metas desta organização como seus, será claramente um líder que conduz a equipa no caminho do bom desempenho e do sucesso da organização (Teixeira, 2013).

Um estudo realizado em Espanha destaca a importância que os enfermeiros gestores podem exercer como principais agentes na implementação de uma cultura organizacional mais favorável, com aumento da comunicação e colaboração dos profissionais na tomada de decisão (Torrente, Beltrán, Veny, Barceló, Asencio, & Gómez, 2012).

É pretensão de qualquer organização ou de qualquer gestor manter a sua equipa motivada e envolvida no trabalho, receptiva à mudança, pelo que é necessário

proporcionar condições e criar um ambiente favorável, capaz de se tornar um fator influenciador de boas práticas (Munyewende, Rispel & Chirwa (2014).

O ambiente resultante da cultura organizacional deve absorver as dinâmicas inevitáveis do mundo do trabalho e das pessoas, num processo de permanente aprendizagem, de ajustamento e de mudança (Lisboa, Coelho, Coelho & Almeida, 2011), processo este que “começa quando uma organização encontra motivação para tal” (Carnegie, 2014).

O ambiente da prática dos cuidados tem sido referido na literatura internacional como uma variável que influencia os resultados dos cuidados de enfermagem (Aiken *et al.*, 2002, Lake (2002), Aiken *et al.*, 2011). Assim, os gestores devem ter isto em consideração, pois a otimização do ambiente pode não só, assegurar a qualidade dos cuidados, como condicionar os resultados e os ganhos em saúde.

Refere-nos o estudo de Prochnow *et al.* (2007), que a génese do conhecimento de administração na enfermagem efetiva-se com a organização da estrutura do ambiente e das técnicas para o cuidado e que, a importância da cultura organizacional no exercício da gestão em enfermagem é um fator de extrema importância numa realidade complexa perante tantas incertezas laborais e estruturais.

Nas últimas décadas, em Portugal e em vários países europeus, temos assistido a profundas reformas do Sistema de Saúde que levaram à introdução de novos modelos de gestão implicando grandes alterações ao nível das organizações. Contudo estas alterações assentam essencialmente em três pilares básicos: a equidade, a eficiência e o aumento da responsabilidade face ao cliente (Ferreira & Silva, 2012).

Este novo modelo de gestão teve repercussões nos serviços de saúde e por consequência, nos enfermeiros, possuindo em si contingências que têm a ver com restrições orçamentais, de recursos e informáticos, o que dificulta muitas vezes o cumprimento de indicadores pré-estabelecidos e a própria prestação de cuidados (Ferreira & Silva, 2012).

O atual contexto político, económico e social aponta para o aumento de competências no indivíduo. Nesse sentido, o enfermeiro gestor deve adaptar-se à mudança, investindo na atualização e inovação. Augusto (2013), procurou identificar

no seu estudo analisando várias publicações internacionais, competências na área da gestão em enfermagem, constatando a elevada frequência com que eram mencionadas, entre elas a gestão de recursos humanos, a comunicação, a ética, a liderança, técnicas de gestão, o pensamento crítico, entre outras.

Hoje em dia, a gestão em enfermagem deve ser entendida como uma ferramenta através da qual o modelo da prestação de cuidados de enfermagem seja um modelo que assegure cuidados de qualidade num ambiente de segurança e implica poder pessoal, pensamento sistemático, efetividade interpessoal, entre outras características do gestor.

A gestão em enfermagem e nomeadamente o enfermeiro gestor assume um papel determinante no ambiente da prática. Foi o que constataram, Hinno, Partanen, & Vehviläinen-Julkunen (2012), num estudo na Finlândia e na Holanda, em que os enfermeiros referem a adequação dos recursos e o suporte da gestão, como preditores para a qualidade dos cuidados e para a satisfação dos profissionais.

Também Van Bogaert, Clarke, Roelant, Meulemans & Van de Heyning, (2010), demonstraram a correlação existente entre o ambiente da prática de enfermagem e a satisfação no trabalho, nomeadamente os níveis de *burnout*.

Tendo em conta que as organizações de saúde são sistemas complexos que exigem uma gestão equilibrada entre as necessidades dos utentes, as necessidades da própria instituição e as necessidades dos profissionais (Lake, 2002), é fundamental que estas encontrem estratégias e formas de compensação para os profissionais, assentes numa cultura organizacional e liderança sólidas, que promovam a eficácia, a eficiência e a satisfação profissional.

Percebemos assim o sentido de gestão, nomeadamente o de gestão em enfermagem, realçando fundamentalmente as características e o papel fundamental do enfermeiro gestor nas organizações de saúde, e a forma como este pode incutir nos ambientes da prática de enfermagem, fatores influenciadores de motivação e satisfação profissional nos enfermeiros.

## 2. SATISFAÇÃO PROFISSIONAL

A satisfação no trabalho tem sido um tema considerado de extrema importância para as organizações, tendo em conta a valorização do capital humano e a consequente fixação ou retenção do mesmo.

Sendo uma temática complexa, importa abordar vários conceitos ou definições no sentido de facilitar a sua compreensão.

Em termos gerais, interessa perceber de que forma a satisfação no trabalho se traduz no sucesso ou insucesso da organização, assim como no sucesso e obtenção dos objetivos do trabalhador, e seus determinantes.

Segundo Spector (2012), para que os objetivos da organização sejam alcançados, o trabalhador deve estar envolvido no seu exercício, aos níveis individual, de grupo e da própria organização. Já em 1997, o mesmo autor apresentava aspetos como as relações interpessoais no trabalho, as condições de trabalho, a natureza do trabalho, as políticas da organização, a remuneração, as possibilidades de progressão profissional, a liderança, o reconhecimento e a segurança, como dimensões importantes da satisfação profissional.

Os estudos acerca de satisfação do trabalho remontam ao início do século XX, com o modelo de Taylor em 1911, em que a satisfação no trabalho estava associada ao nível de produtividade do trabalhador (Castro, Lago, Fornelos, Novo, Saleiro & Alves, 2011).

Posteriormente, as definições de satisfação no trabalho salientam a noção de estado emocional, respostas afetivas e sentimentos, como dimensões a acrescentar ao conceito (Canavarro, 2000).

Os aspetos emocionais e motivacionais foram assumindo destaque na compreensão do conceito de satisfação, valorizando a sua crescente complexidade, de tal forma que podem contribuir para o bom desempenho do trabalhador que se repercute na qualidade da vida da organização (Buitrago & Martinez, 2011).

A satisfação profissional pode então ser definida como um estado emocional agradável, fruto das experiências e sentimentos associados ao desempenho no trabalho (Guedes, 2009, Ferreira, 2011).

Para Chiavenato (2005), o conceito de satisfação profissional é o resultado da motivação que resulta do ciclo entre o que se espera obter e aquilo que se obtém de



facto no local de trabalho, ou seja, quando se atinge um resultado esperado (Hespanhol, 2008).

Passando grande parte do nosso dia no trabalho, é expectável que o trabalhador possua uma sensação de bem-estar, sentindo-se confortável e satisfeito, quer com as metas da sua instituição, quer com os seus próprios valores e crenças, obtendo desta forma um sentimento positivo.

Outros autores associam a satisfação profissional a um resultado de várias atitudes e da avaliação das suas dimensões (Robbins & Judge, 2007), podendo esta avaliação acerca dos determinantes da satisfação, ser empírica, mas emocionalmente complexa (Graça, 2010).

Soares (2007), refere que esta avaliação é o produto da componente emocional resultante das experiências, valores ou convicções individuais, traduzidas nos aspetos ou nas dimensões associadas ao trabalho.

“A satisfação profissional pode ser entendida como um conjunto de diferentes dimensões, em que algumas provocam mais satisfação ou são mais aceitáveis do que outras. Esta é influenciada por forças internas e externas ao ambiente laboral, sofrendo alterações ao longo do tempo” (OE, 2013). Pode assim ser compreendida, como a resposta a um conjunto de fatores percecionados pelos indivíduos, que se apresentam mais ou menos adaptados às suas expectativas.

Neste sentido, Cunha *et al.* (2014), estabelecem que as causas da satisfação podem ser divididas em pessoais e organizacionais. As pessoais prendem-se essencialmente com os sentimentos, positivo ou negativo que o individuo tem face ao trabalho e têm que ser interpretadas com algum cuidado, visto que as correlações existentes não são totalmente consistentes. As organizacionais relacionam-se fundamentalmente com as condições de trabalho, o tipo de liderança e a remuneração (Cunha *et al.* 2014).

Drobnic, Beham & Präg (2010), demonstraram no seu estudo efetuado em nove países da UE estrategicamente selecionados: Finlândia, Suécia, Reino Unido, Holanda, Alemanha, Portugal, Espanha, Hungria e Bulgária, que as condições de trabalho estão relacionadas com a satisfação com a vida. Os resultados demonstram que o nível de satisfação com a vida varia significativamente entre os países com maior qualidade de vida e em sociedades mais abastadas. No entanto, o impacto das condições de trabalho na satisfação da vida é mais forte nos países do Sul e do

Leste Europeu. O estudo sugere que as questões da segurança com o emprego e o salário, fator de estabilidade económica, são o elemento-chave que, de forma direta, afeta a qualidade de vida das pessoas. Outras condições de trabalho, como a autonomia no trabalho, boas perspetivas de carreira e um trabalho interessante, parecem traduzir-se em alta satisfação no trabalho.

A realidade externa pode-nos apresentar diferentes contextos da prática, mas relativamente à satisfação dos enfermeiros, continuam a atribuir bastante importância às condições gerais de trabalho, e nestas se inclui, como já referimos, o salário, as oportunidades de ascensão na carreira, a relação com o líder, entre outros fatores preponderantes para a fixação dos profissionais (Zangaro & Soeken, 2007).

A satisfação profissional depende da gestão de várias dimensões com maior ou menor impacto nas organizações, tais como a eficácia no trabalho, a produtividade, o absentismo, o abandono do trabalho, a rotatividade, a segurança do doente e qualidade dos cuidados (Gouzou, Karanikola, Lemonidou, Papathanassoglou & Giannakopoulou, 2015).

Um estudo de investigação nos Estados Unidos da América, em hospitais com a designação “*Magnet*”, hospitais em processos de acreditação, revela a importância da criação de estratégias para retenção dos enfermeiros mantendo o seu grau de satisfação profissional, tornando-se hospitais de referência e de primeira linha na opção dos utentes (Bormann & Abrahamson, 2014).

Estes hospitais caracterizam-se pela excelência dos cuidados de enfermagem prestados e pela capacidade de atrair, reconhecer e reter os enfermeiros, criando assim uma cultura de permanência que permite uma maior continuidade do trabalho. Os utentes reconhecem estes hospitais através da medição da qualidade dos cuidados e é, desta forma, a sua referência.

Os hospitais “*Magnet*” são também reconhecidos pela relação positiva existente entre médicos e enfermeiros, traduzindo-se num ambiente de satisfação profissional, resultando num atendimento de qualidade.

Hollman, Lennartsson, & Rosengren (2014), também ilustram no seu estudo na Suécia em CSP, que as enfermeiras referiam um aumento da satisfação profissional relacionado com a elevada qualidade dos cuidados prestados, assim

como apontam a escassez de recursos humanos e a restrição à formação como fator de insatisfação.

Melhores rácios enfermeiro/doente, mais formação dos enfermeiros e uma maior implicação na tomada de decisão e políticas da organização, conduzem a melhores níveis de produtividade e de satisfação, favorecendo os resultados dos cuidados de enfermagem e da instituição (Aiken, Clarke, Sloane, Sochalski & Silber, 2002).

Parece também existir uma relação entre o maior nível de habilitações literárias para uma maior capacidade de participar na tomada de decisão. Torna-se por isso importante que o enfermeiro gestor ou o líder, para além de necessitar ter como referência, os princípios fundamentais da gestão, deverá ter a capacidade de discernimento, selecionando a informação numa forma isenta e principalmente não assumir decisões isoladamente, envolvendo a equipa utilizando “bom senso”. É importante que as partilhe com os colaboradores ou subordinados, uma vez que estes estão implícitos no processo de tomada de decisão.

Os colaboradores numa organização precisam saber quais os objetivos, valores e missão da instituição onde trabalham para poderem sentir-se motivados no trabalho. Necessitam sentir que fazem parte da organização e que são chamados a tomar lugar nas tomadas de decisão no sentido da construção positiva e do processo de melhoria contínua da qualidade (Bormann & Abrahamson, 2014).

Outros estudos evidenciam a importância da intervenção dos líderes dos enfermeiros ou dos enfermeiros gestores, mas também da própria liderança do hospital ou administração, admitindo assim que é possível exercer influência sobre os fatores que são passíveis de alterar, como os extrínsecos, onde é possível intervir (Pron, 2013).

Segundo Kumar, Khan, Inder & Sharma (2013), a satisfação no trabalho é baixa em todos os grupos profissionais nos CSP em Delhi, não sendo possível atribuir um único fator como determinante da insatisfação no trabalho, recomendando que sejam necessárias mudanças adequadas, quer na política, quer nas próprias instituições para a manutenção da motivação e consequente qualidade dos cuidados.

Os desafios acerca da satisfação de trabalho enfrentados pelos gestores de enfermagem a nível dos CSP prendem-se também com questões de segurança.

Destaca-se a necessidade dos decisores políticos criarem ambientes de prática positiva para incentivar a flexibilidade e que visem prevenir a violência no local de trabalho, sendo a retenção de pessoal importante para quebrar a intenção de turnover (Munyewende et al 2014).

Os enfermeiros gestores lidam com muitas reclamações acerca da sobrecarga de trabalho, o que contribui para o seu sentimento de exaustão, sendo que o sucesso das reformas do sistema de saúde, localmente e internacionalmente, dependem da capacidade para enfrentar os desafios que confrontam a força de trabalho de enfermagem (Munyewende et al 2014).

Segundo Hayes, Bonner & Pryor (2010), os gestores de enfermagem têm o dever de promover ativamente estratégias para manter a moral dos enfermeiros, não apenas nos momentos de falta de pessoal, mas diariamente, para que seja sempre prestado serviço de qualidade nos cuidados aos pacientes. A promoção dos fatores que aumentam a satisfação, também pode levar a um aumento da retenção de enfermeiros.

Os gestores de enfermagem são essenciais para influenciar a satisfação no trabalho, através de liderança positiva, dando o exemplo e compreendendo os problemas locais que afetam os enfermeiros. A responsabilidade não é, contudo, exclusiva dos gestores de enfermagem, todos os enfermeiros podem contribuir para o desenvolvimento e manutenção de um ambiente propício a níveis mais elevados de satisfação no trabalho para si mesmos e para os seus colegas (Hayes et al, 2010).

Ayamolowo et al (2013), no seu estudo com enfermeiros de CSP nigerianos, apontam para a importância do ambiente de trabalho como um importante fator de satisfação, principalmente para os enfermeiros que trabalham em CSP, colocando uma ênfase específica na melhoria das condições de trabalho, salários e promoção destes profissionais.

O ambiente no trabalho, a perceção da sua condição económica, o seu reconhecimento e a sua satisfação com o local onde trabalham, tem um impacto sobre a satisfação profissional e os níveis de *burnout* dos enfermeiros (Cagan & Gunay, 2015).

A intenção de *turnover* surge como um importante desafio para cuidados de saúde. Assim, e segundo Almalki, FitzGerald & Clark (2012), existe uma significativa

associação entre a qualidade de vida no trabalho e a intenção de turnover. Estas conclusões devem ser valorizadas e utilizadas para desenvolver estratégias adequadas no sentido de alterar esta tendência.

A intenção de *turnover* tem um impacto negativo sobre a capacidade de satisfazer as necessidades dos pacientes e a prestação de cuidados de qualidade. Pode levar ainda à insuficiência de pessoal, que por sua vez, pode fazer diminuir a moral e aumentar os níveis de *stress* nos enfermeiros que permanecem nos serviços (Almalki et al, 2012).

Como implicações para a gestão de enfermagem, é fundamental a identificação e avaliação regular pelos gestores de enfermagem, dos fatores que contribuem para a satisfação laboral dos enfermeiros em geral e em particular, os que trabalhem em áreas de cuidados especializados onde o investimento técnico e teórico é grande, assim como os que trabalham em horário rotativo (Hayes, et al, 2010).

A rotatividade de horário apresenta-se como um problema importante para os gestores, pois é um fator que condiciona a qualidade dos cuidados. Os enfermeiros que não têm horário rotativo recomendam o seu local de trabalho e consideram que compensa economicamente o facto de terem um salário inferior, comparado com enfermeiros dos hospitais (Pron, 2013).

A autonomia é identificada também como um fator influenciador na satisfação no trabalho dos enfermeiros. Esta perceção é também referenciada por Ferreira & Sousa (2006), quando referem que a satisfação profissional é influenciada por variados fatores, entre os quais a pouca autonomia, a sobrecarga de trabalho e o fraco desenvolvimento profissional.

A autonomia refere-se à liberdade e independência que o profissional possui naquilo que são as suas tarefas ou competências no seu trabalho. Assim, autonomia profissional define-se como a convicção com que o profissional assume as suas funções, tomando decisões sustentadas, quer individualmente, quer no seio da equipa multidisciplinar com vista à proteção do utente (Wade, 1999).

Curtis (2007), refere no seu estudo com enfermeiros na Irlanda, que a autonomia é considerada o principal fator pela satisfação, precedido do vencimento e do ambiente na equipa.

De salientar também o facto de, em situações de maior atribuição de responsabilidades ao enfermeiro, o que é unânime noutros estudos, provocar maior satisfação no trabalho apesar de não serem remunerados suplementarmente. A precaridade das condições de trabalho parecem ser um fator de insatisfação para a generalidade dos enfermeiros (Castro, Lago, Fornelos, Novo, Saleiro, & Alves, 2011).

A segurança é também uma variável que os enfermeiros levantam como condicionante para a sua satisfação no trabalho. Não só se referem à sua segurança como à segurança dos próprios utentes, pois questões como a contenção económica e a reorganização dos serviços com a reestruturação dos CSP poderão ser motivos extrínsecos à satisfação profissional relacionados com a segurança (Fonseca, 2014).

Estudadas dimensões como a realização pessoal e profissional, desempenho organizacional, condições de trabalho, relação profissional/utente, relações de trabalho, autonomia e poder, segurança no trabalho, salário e *status*/prestígio, verifica-se que, os enfermeiros na generalidade se sentem satisfeitos com a relação que estabelecem e mantêm com os seus utentes. Menor é o grau de satisfação, essencialmente nos profissionais que estão colocados em extensões de Centros de Saúde, que consideram estar menos informados, talvez por estarem mais distantes da sede, e mais desprotegidos no que concerne à questão da proteção e segurança no trabalho (Castro et al, 2011).

Desenvolver relações inter-serviços, identificar problemas relacionados com a carga de trabalho, questões relacionadas com a segurança dos pacientes e a qualidade dos cuidados prestados e contribuir ativamente para um ambiente positivo, são formas que os enfermeiros em ambientes de trabalho mais adversos de cuidados têm para, individualmente e coletivamente, influenciar a satisfação no trabalho (Hayes et al, 2010).

As melhorias nos ambientes de trabalho de enfermagem ao longo do tempo estão associadas a menores taxas de *burnout* de enfermagem, intenções de deixar posições atuais e insatisfação no trabalho (Kutney-Lee, Wu, Sloane, Aiken & Fagin, 2012).

Embora a noção de satisfação no trabalho esteja sujeita a interpretações individuais ou preconceitos culturais, os níveis moderados de satisfação no trabalho

podem estar ligados a uma série de reformas no sistema de saúde, nomeadamente a nível dos CSP. A evidência mostra que reformas do sistema da saúde na região da África ou em outros lugares, tendem a aumentar as funções dos trabalhadores de saúde, muitas vezes numa forma imposta, sem envolvimento na tomada de decisão, afetando assim a prestação de cuidados e a satisfação e/ou a saúde do profissional (Munyewende et al, 2014).

Em Portugal também nos confrontamos com a pressão do aumento da quantidade de trabalho para rácios de enfermeiros cada vez menores e sem compensação monetária para trabalho extra (OE, 2004), pelo que a perceção sobre a satisfação ou insatisfação dos enfermeiros assume uma relevante importância na tradução da qualidade dos cuidados.

A avaliação regular da satisfação profissional dos enfermeiros é um indicador obrigatório para o processo de acreditação da idoneidade formativa do contexto de prática clínica (OE, 2010).

Na realidade nacional, vários são os estudos que tentam perceber quais os fatores que condicionam a satisfação profissional dos enfermeiros, quer ao nível do quotidiano hospitalar (Tavares, 2008; Maia, 2012; Valente, 2013), quer ao nível dos CSP (Ferreira, 2011; Matos, 2012; Fonseca, 2014), e apontam para a necessidade do estabelecimento de estratégias, ao nível da direção dos serviços, gestão de recursos humanos e administração de saúde. Ainda consideram de extrema importância, conhecer o grau de satisfação dos enfermeiros, saber as suas opiniões e sugestões, de modo a alterar ou ajustar normas, com o objetivo de melhoria contínua e ganhos em saúde.

Existem variados instrumentos para medir a satisfação profissional que na generalidade procuram explorar dimensões, tais como a autonomia, as condições de trabalho, a relação com os pares, relação com a chefia, remuneração, *status*/reconhecimento e desempenho profissional/organizacional (Castro et al, 2011).

Se no passado a prestação de cuidados baseava-se essencialmente no trabalho à tarefa, em que o enfermeiro tinha como principal objetivo cumprir determinado número de tarefas em determinado número de horas, hoje vivenciamos outro paradigma, a prestação de cuidados de saúde pretende dar resposta às necessidades do doente, tendo em conta a sua situação de saúde ou de doença,



inserido no seu ambiente, em determinado contexto sociocultural, respeitando as suas opções e decisões.

Em Portugal existem alguns estudos sobre a satisfação no trabalho apresentados em teses de mestrado, mas poucos artigos publicados em revistas científicas portuguesas.

Ainda assim, os estudos revelam-nos resultados algo diferenciados em algumas dimensões, essencialmente quando se tratam de países ou culturas diferentes.

Castro et al (2011) conclui de uma forma geral, que os enfermeiros atribuem mais importância às dimensões como a realização pessoal e profissional e o desempenho organizacional, do que à dimensão que se relaciona com a remuneração ou o *status*/prestígio. Apesar disto, apresentam-se insatisfeitos em dimensões como a remuneração, a progressão na carreira, a sobrecarga de trabalho e até com as condições de segurança e proteção.

O estudo de Ferreira (2015), no ACES Feira-Arouca vai de encontro aos resultados apresentados no estudo referido anteriormente, quando enumera como condicionantes para a satisfação profissional, a remuneração, as condições físicas do local de trabalho e também aspetos relacionados com o risco a que estes profissionais estão sujeitos.

Variáveis como a idade, o sexo e as habilitações literárias foram avaliadas. Relativamente à idade parece haver uma tendência para que os profissionais mais velhos se sintam mais satisfeitos, resultado que se assemelha com outros estudos que referem que os enfermeiros com mais idade têm melhores vencimentos e por consequência terão também os seus objetivos de vida e profissionais mais consolidados (Batista et al, 2010).

As habilitações literárias são uma variável que confirma um grau de satisfação maior, nos enfermeiros com nível de ensino superior em relação a enfermeiros com nível de formação mais baixa. Torna-se por isso importante chamar o enfermeiro a participar nas tomadas de decisão do serviço a que pertence, na resolução de problemas, sentindo maior envolvimento, maior satisfação e maior autonomia (Batista et al, 2010).

A satisfação e a qualidade, dimensões presentes em vários estudos, podem ser percebidas por olhares diferentes. A perceção do enfermeiro prestador de



cuidados, a perceção do enfermeiro gestor, a perceção do cliente/doente e a perceção da direção ou administração da organização a que nos estamos a referir (Fradique & Mendes, 2013).

O quadro teórico desenvolvido por Aiken et al (1997) assenta no pressuposto de que as organizações que reconheçam a autonomia da enfermagem garantam recursos e relações interdisciplinares saudáveis, terão melhores resultados e maiores níveis de satisfação.

É também consensual que a satisfação profissional influencia a satisfação pessoal, e indivíduos satisfeitos são indivíduos motivados e equilibrados, física e emocionalmente, que facilmente proporcionarão cuidados de saúde com mais qualidade (Maia, 2012).

A avaliação periódica do SNS na qualidade dos cuidados (Lei nº 48/90 de 24-08- 1990), como já foi descrito anteriormente, permite avaliar a satisfação profissional, que nos dias de hoje se apresenta como ferramenta essencial na gestão de recursos humanos (Cerdeira, 2010).

Nos últimos anos, a satisfação em serviços de saúde tem sido uma prioridade para gestores e profissionais de saúde, apresentando-se como uma das áreas prioritárias na avaliação e garantia da qualidade dos cuidados de saúde (Franco, 2006).

Assim os resultados nesta área são um importante indicador da efetividade e da qualidade dos cuidados, devendo estar assegurados ao nível da gestão, garantindo a *accountability* (Donabedian, 2003).

Sustentar uma vida saudável de trabalho para os enfermeiros é crucial para melhorar os níveis de satisfação profissional, aumentar a retenção, melhorar o desempenho e a produtividade e promover uma assistência de enfermagem segura.

Neste sentido, já Ishikawa em 1964, se referia à questão da satisfação como fator tradutor de qualidade efetiva naquilo que dá resposta à constante adaptação, aos desejos e exigências do cliente (Rodrigues, Sousa, Alves, Gomes & Silva, 2005).

Assim, procurámos definir sob diversos olhares aquilo que é a satisfação profissional, a satisfação profissional dos enfermeiros e os fatores intervenientes na satisfação profissional que, tendo em consideração o presente contexto político e económico que vivenciamos nas organizações, imprime mudanças e alterações

permanentes e que se refletem no dia-a-dia de trabalho dos enfermeiros, fará todo o sentido perceber melhor algumas dimensões da satisfação, no sentido de criar estratégias organizacionais que permitam, não só aumentar o nível de satisfação dos profissionais, maior retenção dos mesmos diminuindo a intenção de *turnover*, como aumentar a qualidade dos cuidados numa lógica de melhoria contínua da qualidade.

### 3. QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A palavra qualidade deriva do latim *qualitate*. Trata-se de um conceito que nem sempre é claro e objetivo. É complexo, muitas vezes difícil de definir, multidimensional sem dúvida, de tal maneira que os diversos autores tendem a evidenciar determinadas dimensões em detrimento de outras (Martins, 2003).

A dificuldade em definir qualidade parece estar relacionada, segundo Wold (2011), com o facto de resultar da perceção de vários intervenientes, aquele que procura o serviço, o que proporciona o serviço, o que avalia, o que gere, etc., mas o mesmo autor define-a como o resultado entre as características do serviço prestado, o serviço prestado efetivamente e as expetativas do consumidor final ou do cliente.

No caso específico da prestação de cuidados de saúde, e segundo o Institute of Medicine, serão os cuidados prestados à população que permitem alcançar os melhores resultados (Campos, Saturno & Carneiro, 2010).

A qualidade é percecionada por cada um de nós de diferentes formas, pode variar conforme a pessoa, o contexto e até as expetativas, considerando “aquilo que há de melhor” (Hesbeen, 2001, p. 45).

Se para uns, a utilização e prestação de técnicas sofisticadas é sinónimo de qualidade, para outros e noutras circunstâncias ou para os doentes nomeadamente, a qualidade pode ser traduzida por outros atos, como a disponibilidade, a atenção, a capacidade para ouvir, etc. (Hesbeen, 2001).

A qualidade não residirá, afinal, na apreciação delicada e justa do que é preferível fazer ou considerar numa determinada situação, atendendo às suas diferentes variáveis? (Hesbeen, 2001, p.49).

Sendo um conceito subjetivo, a qualidade está relacionada com a perceção de cada individuo, com as suas necessidades, expetativas e finalidades. “Qualidade exige mudança de pensamento e mudança de atitudes que só um conhecimento consolidado pode provocar. Só pessoas fortemente consciencializadas do valor do processo de melhoria da qualidade, e com claro senso de prosperidade podem assegurar efetividade ao processo” (Mezomo, 2001, p.245).

Já Deming, mais pragmático, define qualidade como a conformidade de um produto com as especificações que lhe foram conferidas (Santos, 2015).

Em termos históricos o estudo da qualidade parece ter sido iniciado pelos Romanos e referia-se com certeza, à eficiência dos seus hospitais militares. No

entanto, John Howard e Elizabeth Fry, no século XVIII, talvez tenham deixado os primeiros registos acerca da qualidade dos cuidados prestados aos doentes em ambiente hospitalar (Sale, 1998).

Também Nightingale, através dos seus registos e respetiva avaliação, promovia os ajustes necessários com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados (Sale, 1998).

As constantes alterações nas organizações de saúde, assim como as alterações nos modelos de gestão das instituições, contêm em si mudanças significativas em busca da qualidade.

Neste sentido, a avaliação da qualidade é uma preocupação crescente das organizações, nomeadamente a qualidade dos cuidados de enfermagem que contribui como um indicador valioso na qualidade hospitalar, uma vez que assume um papel importante nos cuidados diretos e de proximidade com os pacientes, assim como facilitador na inter-relação com a equipa multidisciplinar. A excelente qualidade de atendimento foi associada a menores probabilidades de mortalidade e maior satisfação do paciente (McHugh & Stimpfel, 2012).

Esta perceção dos enfermeiros acerca da qualidade dos cuidados prestados tem sido utilizada em diversos estudos como um importante indicador de qualidade de saúde.

A qualidade dos cuidados de enfermagem surge no contexto da necessidade de definir e implementar sistemas de qualidade, quer ao nível internacional, quer ao nível nacional.

Neste sentido emerge a importância de definir padrões de qualidade adequados às especificidades de cada profissão, onde a enfermagem assume um importante papel, com o pressuposto de que a “qualidade é tarefa multiprofissional” (OE, 2001, p.6).

Naquilo que se refere ao exercício profissional dos enfermeiros ou às suas intervenções, tornou-se necessário a construção de guias orientadores de boas práticas baseados na evidência científica, que permitam nortear as intervenções de enfermagem num processo de melhoria contínua da qualidade (OE, 2001).

Este papel dos enfermeiros face aos utentes, pares e outros intervenientes, é determinado pelos enunciados descritivos que constituem um documento orientador

na representação social da profissão e na qualidade do exercício profissional (OE, 2001).

Assim, de forma a assegurar cuidados de enfermagem de qualidade e através do Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril, foi estabelecido o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros que visa colmatar a falta de regulamentação específica da profissão e “clarifica conceitos, procede à caracterização dos cuidados de enfermagem, especifica a competência dos profissionais legalmente habilitados a prestá-los e define a responsabilidade, os direitos e os deveres dos mesmos profissionais, dissipando, assim, dúvidas e prevenindo equívocos por vezes suscitados não apenas a nível dos vários elementos integrantes das equipas de saúde mas também junto da população em geral” (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro).

Qualidade em saúde detém em si especificidades únicas, não só porque não está diretamente relacionada com produção face à procura, mas porque deve responder simultaneamente a exigências que se relacionam com os sete pilares identificados por Donabedian: a eficiência, a eficácia, a efetividade, a adequação técnico-científica, a satisfação dos doentes e dos profissionais e a questão da acessibilidade (Donabedian, 1990).

Na mesma linha de pensamento (Pisco & Biscaia, 2001), referem como dimensões da qualidade, a acessibilidade e a equidade, a eficiência, a efetividade, a satisfação das expectativas dos cidadãos e dos profissionais. Também chamam a atenção para o facto dos utilizadores, neste caso os utentes/doentes, estarem cada vez mais conscientes das suas necessidades e também mais informados no que diz respeito à procura de cuidados de saúde com qualidade.

A qualidade em saúde relaciona-se com a prática, no que se refere aos processos e aos resultados, é uma tarefa multiprofissional que implica definição de padrões de qualidade que visem a melhoria contínua dos cuidados (OE, 2001). Pode também ser definida “como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis, consegue a adesão e satisfação do cidadão” e que garante a segurança dos cidadãos através de pilares da qualidade como a eficiência e a efetividade, como previsto na Estratégia Nacional para a Qualidade em Saúde 2015-2020 (DR nº 102, 2ª série de 27/05/2015).

Donabedian, via a dinâmica da qualidade como uma sucessão de causa-efeito, em que as características da estrutura influenciam a probabilidade de se desenvolverem melhores processos; no caso da saúde são os cuidados prestados, que por sua vez, influenciam a probabilidade de se alcançarem melhores resultados (Donabedian, 2005).

Estamos pois, a falar dos indicadores de avaliação da qualidade preconizados por Donabedian, que nos permitem aferir e sistematizar dados relativos ao exercício da enfermagem em qualquer tipo de unidade funcional no que diz respeito à estrutura, processos de intervenção e avaliação de resultados, estabelecidos a partir do resumo mínimo de dados que determina genericamente linhas gerais e conteúdos para o estabelecimento destes indicadores (OE, 2007).

O modelo proposto por Donabedian (1980) é uma base forte para testar as relações entre variáveis que têm a ver com a variabilidade da estrutura organizacional, com os processos e as intervenções de enfermagem, e com os resultados que se operam nos doentes, nos enfermeiros e nas organizações.

Com base neste modelo, Irvine, Sidani, Keatings, & Doidged (2002), propuseram um modelo de referência para o estudo dos resultados dos cuidados de enfermagem que mede a sua efetividade - o Modelo da Efetividade dos Cuidados de Enfermagem.

A avaliação dos resultados em saúde surge com a necessidade dos profissionais demonstrarem a efetividade do seu trabalho. Assim, o Modelo da Efetividade dos Cuidados de Enfermagem (Irvine et al 2002) associa os resultados aos três domínios da intervenção de enfermagem: domínio independente; domínio interdependente e domínio dependente que são estudados como um elo entre as estruturas organizacionais e o doente, bem como entre os resultados obtidos no doente e o trabalho de equipa. Os resultados de interesse são o controlo de sintomas, a ausência de complicações, as capacidades funcionais e de autocuidado, o conhecimento da doença e do tratamento, a satisfação com os cuidados e os custos. No fundo os resultados espelham a eficácia e eficiência com que os enfermeiros são capazes de prestar cuidados de qualidade, tendo em conta a autonomia, a formação, a experiência e a comunicação entre os profissionais.

Este modelo representa a natureza multidimensional de uma situação de cuidados, podendo, na opinião de Irvine et al (2002), orientar a investigação sobre

os mecanismos que estão subjacentes à forma como os cuidados de enfermagem influenciam os resultados obtidos nos doentes, o sucesso ou insucesso dos cuidados na produção de um determinado resultado e as condições que influenciam os efeitos dos cuidados.

Os resultados para os utentes dependem da estrutura e processos desenvolvidos a montante pelas organizações. Tal como prevê o modelo da Efetividade dos Cuidados de Enfermagem, a qualidade e efetividade dos cuidados prestados dependem dos fatores que influenciam esses mesmos resultados, onde podemos enquadrar ao nível de indicadores de estrutura, o ambiente organizacional e consequentemente a satisfação (Irvine et al 2002).

O estudo de Lake & Friese (2006), em que o objetivo foi comparar ambientes da prática de enfermagem em hospitais “*Magnet*” e “não *Magnet*”, constatou que nos hospitais “*Magnet*”, que preveem um apertado controle da qualidade e dos fatores que a influenciam, os enfermeiros reconhecem a presença das condições e premissas desses ambientes favoráveis, sendo que os atributos do ambiente na prática dos cuidados de enfermagem têm uma relevante significância na satisfação profissional e na intenção de *turnover* (Choi, Cheung & Pang, 2013).

Nos EUA, ainda nos denominados hospitais “*Magnet*”, com sistemas de acreditação implementados, possuindo um processo de reconhecimento de qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, revelam estabelecer estratégias que valorizam a satisfação como dimensão da qualidade, e desta forma serem uma referência naquilo que é a procura de cuidados de saúde (Bormann & Abrahamson, 2014).

Uma prática de cuidados de qualidade é aquela que faz sentido para a situação que a pessoa doente está a viver e que tem como perspetiva, que ela, bem como os que a rodeiam alcancem a saúde (Hesbeen, 2001).

“Cada vez mais a Qualidade se define pelo encontro entre o serviço prestado e a expectativa dos utentes, não sendo mais a qualidade um *standard* abstrato, mas a gestão do desejável encontro entre o nível dos serviços e o teor das expectativas geradas” (Fragata & Martins, 2014, p.18).

Como referido anteriormente e com o objetivo de obter uma melhoria na qualidade dos cuidados de enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros definiu padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, não só no sentido da reflexão sobre a

prática e sobre a evidência, mas também pela necessidade de implementar sistemas de qualidade, tornando-se assim uma matriz conceptual que estrutura e orienta o exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2001).

Os referidos padrões de qualidade definem os enunciados descritivos de qualidade de exercício profissional dos enfermeiros descrevendo o papel social da profissão, traduzem prioridades face ao desenvolvimento profissional da enfermagem e têm em vista a criação de uma dinâmica de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2001).

Uma estratégia de melhoria contínua deve basear-se numa contínua aprendizagem e na inovação (Rodrigues et al, 2005), assegurando a efetividade do ciclo de garantia da qualidade.

“A melhoria contínua supõe um processo de planeamento, de execução e de avaliação que objetiva garantir as mudanças e os resultados desejados” (Mezomo, 2001, p.49). Pressupõe também uma liderança que compartilhe a visão e missão da organização, fixe objetivos claros e crie expectativas elevadas nos colaboradores, demonstrando o permanente envolvimento da chefia de topo (Mezomo, 2001).

Segundo Amaral (2014), a perspetiva dos enfermeiros relativamente à avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem, compreende todos os serviços prestados, ou seja, todo o tipo de procedimentos de enfermagem, “não necessita de instrumentos de medida, mas sim processos de avaliação” (Hesbeen, 2001, p. 53).

É o caso da certificação e acreditação que se baseiam em modelos de excelência assentes num conjunto de normas, como é o caso da norma ISO 9000, que define a qualidade como “a totalidade das características de uma entidade que lhes conferem a capacidade de satisfazer necessidades explícitas ou implícitas” (Dale, 1997), ou a sua evolução, a norma ISO 9001, que se apresenta organizada de acordo com o Ciclo de Deming (PDCA), que resumidamente significa planear objetivos e processos, implementá-los, verificar essa implementação e finalmente atuar de forma a corrigir e alterar o necessário visando a melhoria (OE, 2013).

Doutra forma podemos dizer que permite assim à gestão de topo, monitorizar, avaliar, refletir e implementar melhorias numa lógica de política de qualidade e de melhoria contínua.



A melhoria contínua baseia-se num modelo formal de qualidade, tal como a International Organization Standardization (ISO), a European Foundation Quality Management (EFQM) e a Acreditação. Os processos de melhoria contínua de qualidade implicam a existência de compromisso das partes envolvidas, desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa e de capacidade de resposta às medidas de melhoria, reconhecimento das dificuldades/problemas como oportunidades de melhoria, dinamização de grupos de melhoria, definição da forma de comunicar com o resto da organização, divulgação e celebração de sucessos e avaliação contínua da abordagem.

Considerando que a melhoria contínua é um processo permanente na prática profissional, a perceção dos enfermeiros é a de que as intervenções de enfermagem relevantes devem ser baseadas na evidência promovendo uma gestão dos resultados eficaz (Sidani, Manojlovich, Doran, Fox, Covell, Kelly, Jeffs & McAllister, 2016).

Assim, é importante que os líderes considerem a forma como os enfermeiros estão envolvidos na tomada de decisões sobre os processos de cuidados e avaliação dos resultados num ambiente de confiança, promovendo a partilha de valores (Van Bogaert, Kowalski, Weeks, Heusden & Clarke, 2013), proporcionando experiências de trabalho mais positivas, menor risco para o utente e aumento da qualidade dos cuidados (Aiken, Clarke, Sloane, Lake & Cheney, 2008).

Neste sentido, espera-se do enfermeiro gestor um esforço no sentido de melhorar as condições de trabalho na enfermagem através do planeamento de recursos detalhado, gestão/supervisão eficaz e remoção de restrições de trabalho que afetem a prática dos cuidados (Choi et al, 2013).

Os esforços conjugados da organização com a gestão são necessários para desenvolver um plano integrado, transformando o ambiente de trabalho de enfermagem de forma a garantir cuidados de qualidade e promoção de "retenção de enfermeiros" (Choi et al, 2013), implementando estratégias que fomentem a motivação de recém-licenciados tendo em consideração um bom ambiente de trabalho, promovendo a sustentabilidade da profissão (Laschinger, 2012).

Valorizando a qualidade do ambiente de trabalho nas organizações, como preditor da qualidade dos cuidados prestados (Aiken et al, 2011) e otimizando o

ambiente, o gestor estará a assegurar a qualidade dos cuidados, a sua efetividade e por consequência mais-valia para a organização (Amaral et al, 2013).

A melhoria contínua da qualidade na saúde é particularmente um processo de mudança. “Trata-se de mudar de: uma prática baseada na experiência para uma prática baseada na evidência científica e na escolha informada do cidadão” (Pisco & Biscaia, 2001, p.50).

Esta gestão do conhecimento é uma vertente que importa aos gestores reconhecerem como vantagem na eficácia e eficiência dos serviços, assim como na rentabilidade dos recursos, na produtividade e na qualidade dos cuidados prestados, bem como na satisfação dos profissionais e utentes (Costa, 2017).

A gestão em enfermagem requer habilidades, conhecimentos e competências, entre outras características, capazes de efetivar cuidados de qualidade com base nos recursos humanos e materiais disponíveis. Perspetivando um processo de melhoria contínua da qualidade, é consensual que um dos fatores cruciais é o ambiente favorável da prática capaz de influenciar positivamente o nível de satisfação dos profissionais, importante indicador para a gestão da qualidade.

Considerando a importância de um referencial teórico, que permita nortear todas as ações a desenvolver ao longo deste estudo, optou-se pela utilização do modelo concetual de Doran et al (2002) - Modelo da Efetividade dos Cuidados de Enfermagem (NURSING ROLE EFFECTIVENESS MODEL), por se considerar ser o mais integrador e o que melhor fundamenta a efetividade dos cuidados de enfermagem na qualidade dos cuidados de saúde que são prestados aos utentes.

Este modelo integra nas suas dimensões a variável da satisfação profissional e a sua influência na qualidade dos cuidados que são prestados aos utentes, como um dos determinantes dos *outcomes* esperados, ou seja, dos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

## **PARTE II - TRABALHO EMPÍRICO**

## 1. METODOLOGIA

Depois do enquadramento do tema, partimos para a sistematização do percurso metodológico a seguir, dando resposta à nossa questão de investigação: Qual o grau de satisfação profissional dos enfermeiros a exercer funções num ACES da região de Lisboa?

### 1.1 Tipo de Estudo

Tendo em conta a questão de investigação que nos permite objetivar as variáveis em estudo e relacioná-las (Fortin, 2003) e o tema do estudo, optou-se por uma abordagem quantitativa, permitindo a validação dos conhecimentos (Fortin, 2003), assim como traduzir os seus resultados de uma forma quantificável, que posteriormente serão analisados e discutidos (Vilelas, 2009).

Trata-se de um estudo observacional, de natureza descritiva porque, segundo Ribeiro (2010), o investigador não tem interferência no estudo, pretende obter os parâmetros inerentes ao estudo de uma determinada população e estuda o fenómeno. Transversal e correlacional uma vez que pretendemos verificar a relação entre variáveis e a sua associação (Ribeiro, 2010).

### 1.2 População

A população-alvo tal como Hill & Hill (2012, p. 41) define como “conjunto total dos casos sobre os quais se pretende retirar conclusões”, no nosso estudo é constituída pelos enfermeiros a exercer funções no ACES, num total de 221 distribuídos por todas as UF, dos quais foram considerados:

- respondentes - 184
- não respondentes - 37

Consideramos assim 184, o número total da nossa população-alvo, o que corresponde a 83,2% da população, revelando uma forte adesão à participação no estudo.

O ACES é composto por 31 unidades. O **Quadro 1** apresenta-nos o número de unidades por tipologia e respetiva distribuição numérica e percentual dos enfermeiros da população-alvo correspondente.

A ECL, apesar de não ser considerada uma unidade funcional, é apresentada, uma vez que também tem enfermeiros alocados e fazem parte da nossa população.

**Quadro 1** - Número de unidades por tipologia e distribuição numérica e percentual dos enfermeiros da população-alvo

TIPO DE UNIDADE	Nº Unidades	Nº Enfermeiros	% Enfermeiros
UCSP	10	49	26,6
USF - Modelo A	11	61	33,2
USF - Modelo B	3	24	13,0
UCC	5	43	23,4
USP	1	4	2,2
ECL	1	3	1,6
<b>TOTAL</b>	<b>31</b>	<b>184</b>	<b>100,0</b>

Podemos verificar que o ACES em estudo, sendo um dos maiores da região de Lisboa, apresenta já a sua maioria de enfermeiros alocados a USF, nos seus modelos **A** (33.2%) e **B** (13.0%), e em UCC (23.4%).

As USF são unidades com autonomia funcional e técnica com objetivos estabelecidos e contratualizados que visam a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos (SNS, 2017).

“O Decreto-Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, estabelece o regime jurídico da organização e funcionamento das USF, definindo-as como as unidades elementares de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, que assentam em equipas multiprofissionais, constituídas por médicos, enfermeiros e pessoal administrativo, e que podem ser organizadas em três modelos de desenvolvimento, A, B e C, diferenciados entre si pelo grau de autonomia organizacional, modelo retributivo e de incentivos aos profissionais, modelo de financiamento e respetivo estatuto jurídico” (Decreto-Lei n.º 73/2017 de 21 de junho).

O modelo A caracteriza uma equipa sem grande experiência de trabalho por objetivos e desempenho técnico-científico em saúde familiar. O modelo B representa equipas com maior maturidade ao nível da organização e do desempenho, que se

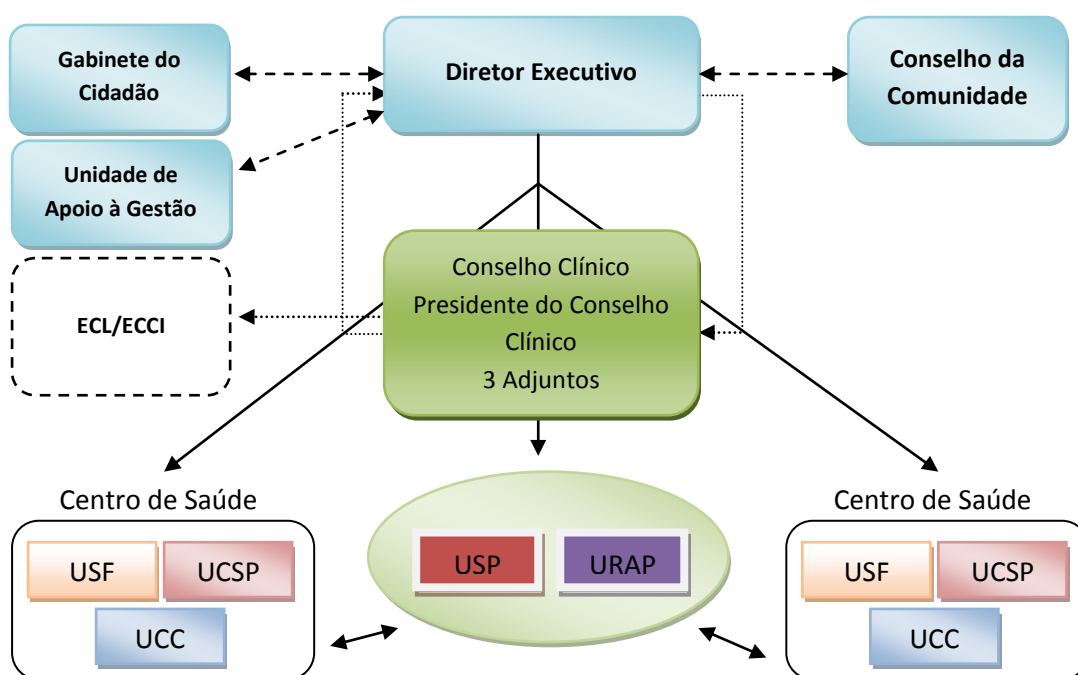
disponham simultaneamente a maior grau de exigência na resposta aos indicadores estabelecidos (SNS, 2017).

### 1.3 Contexto Populacional – O ACES e seu modelo organizacional

Os CSP foram considerados o “ pilar central do sistema de saúde ” (Pisco, 2007), pois tratam-se do primeiro acesso aos utentes naquilo que procuram como resposta às suas necessidades de saúde.

A necessidade de agrupar os Centros de Saúde deu origem à criação dos ACES e a sua regulamentação foi determinada pelo Dec-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro, que por sua vez cria o organograma a adotar (**Figura 1**).

**Figura 1.** Organograma de um ACES



Fonte: Adaptado de Pisco (2007)

Com a reconfiguração dos Centros de Saúde, no âmbito da reforma dos CSP, e através da Portaria n.º 394-B/2012, de 29 de Novembro, são criados os ACES com autonomia administrativa, integrados na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P. (ARSLVT.IP). Com este diploma, foram criados 15 ACES integrados na ARSLVT, e distribuídos pelo território da sua área de influência.

Tendo em conta os três níveis de gestão, podemos afirmar que a gestão, ao nível institucional ou gestão de topo, caracteriza-se fundamentalmente por uma forte componente estratégica onde se localiza a gestão das Administrações Regionais de Saúde, que envolve a totalidade dos recursos disponíveis na determinação do rumo a seguir, e formula as políticas gerais que são definidas de forma genérica e que asseguram a sobrevivência e o sucesso da organização.

Ao nível intermédio predomina a componente tática e de intervenção sobre as realidades operacionais, onde se encontram os órgãos de gestão dos ACES (Diretor Executivo e Conselho Clínico e da Saúde), com a movimentação de recursos no curto prazo e elaboração de planos e programas específicos relacionados com a área ou função do respetivo gestor.

Por ultimo, a nível operacional encontramos a componente técnica que corresponde aos interlocutores dos Centros de Saúde, bem como todos os coordenadores das UF do ACES. A atividade destes gestores traduz-se fundamentalmente na execução de rotinas e procedimentos, gestão dos recursos humanos e gestão de materiais (Dec-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro).

Em todos os níveis de gestão nas unidades funcionais de um ACES é imperativo que o gestor na execução das suas funções tenha em consideração as dimensões que interferem com a satisfação profissional, tais como: motivação, clima organizacional, comunicação, liderança.

A constituição dos ACES permitiu, não só uma reestruturação organizacional com a criação das USF, permitindo aos profissionais uma certa autonomia no que diz respeito à organização de recursos humanos, como permitiu também criar novas formas de gestão com o objetivo de proporcionar melhores cuidados à população e obter mais ganhos em saúde (Pisco, 2011).

Fruto da continuada reestruturação, organização e otimização dos recursos, tendo em conta as contingências económicas existentes, os ACES constituíram UF diferentes com diferentes gestões.

Nas UF são prestados cuidados no âmbito da promoção e proteção de saúde, prevenção e tratamento da doença ao utente e família em situação de doença aguda e crónica, privilegiando a articulação com outros serviços para a continuidade dos cuidados, bem como a reabilitação e a reinserção social.

As USF possuem uma cultura de grupo que valoriza a discussão interdisciplinar de todas as práticas, procedimentos e indicadores a atingir, com vista ao aperfeiçoamento dos cuidados (Decreto-Lei nº298/2007, de 22 de agosto).

As UCC são UF que trabalham no âmbito comunitário com uma equipa multiprofissional em articulação com as restantes unidades funcionais de um ACES, prestando cuidados de saúde e apoio psicológico e social de proximidade a pessoas, famílias e grupos vulneráveis (Branco & Ramos, 2001), e em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença. Integra simultaneamente a responsabilidade na área da Educação para a Saúde (EpS) e na integração em redes de apoio à família.

As UCSP garantem a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, no âmbito comunitário, intervindo de uma forma global garantindo a acessibilidade e a continuidade (Decreto-Lei n.º137/2013 de 7 de outubro).

As USP são unidades responsáveis pela observação em saúde, análise epidemiológica, de promoção e planeamento em saúde, articulação dos programas de saúde e gestão de programas de saúde pública (Decreto-Lei n.º137/2013 de 7 de outubro).

As Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP) designam o grupo de profissionais que correspondem aos técnicos de diagnóstico e terapêutica, psicólogos, assistentes sociais e outros técnicos de saúde que articulam com todas as UF do ACES ou hospitais de referência (Decreto-Lei n.º137/2013 de 7 de outubro).

Numa fase de reestruturação dos CSP e em que a gestão das diferentes UF se prevê, seja mais próxima, torna-se importante perceber se os profissionais, nomeadamente os enfermeiros, se sentem satisfeitos com este novo paradigma de gestão da organização.

As políticas de recursos humanos devem valorizar os profissionais como seres humanos, respeitar o percurso das profissões ao longo da história, identificar as expectativas e motivações, adequando instrumentos de incentivos. Devem também estabelecer processos de avaliação de desempenho, definição e atualização de carreiras de acordo com competências, plano de remunerações e incentivos ajustados, estabelecer programas de desenvolvimento profissional



contínuo, promover um bom ambiente de trabalho, disponibilizar sistemas de informação, entre outros.

Estas políticas devem ser elaboradas com base num plano estratégico que envolva os vários intervenientes: ministérios, organizações profissionais, instituições de saúde, incluindo representantes dos vários setores operacionais. Deste plano resultarão as linhas estratégicas como fatores determinantes para a satisfação dos utentes e para a satisfação pessoal e profissional dos enfermeiros (Biscaia, 2003).

Neste sentido lembramos a Declaração de Alma-Ata (1978), que preconiza políticas, estratégias e planos nacionais de ação, capazes de sustentar os CSP, canalizando maior volume de apoio técnico e financeiro para esse fim, particularmente nos países em desenvolvimento.

Também a Organização Mundial de Saúde (OMS), menciona a este nível, que existe a necessidade de combater a atual fragmentação da prestação de cuidados de saúde de forma a orientar o sistema para as necessidades dos utentes, definindo prioridades e gerindo os recursos (Santana & Costa, 2008).

A Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), por sua vez, através do relatório “Reviews of Health Care Quality: Portugal”, elaborado a pedido do Ministério da Saúde, sublinha que “as reformas recentes nos CSP têm sido bem sucedidas no aumento da qualidade, acessibilidade, eficiência e continuidade dos cuidados”, referindo a criação das USF (SNS, 2015).

Ainda assim, a organização recomenda uma “reflexão estratégica” nesta área, no sentido de promover o “equilíbrio” entre os tradicionais centros de saúde (unidades de cuidados de saúde personalizados) e as unidades de saúde familiar, de forma a garantir a equidade, ou seja, que “os cuidados de elevada qualidade sejam acessíveis a toda a população portuguesa” (SNS, 2015).

Neste sentido o OPSS, desenvolve uma série de ações com o objetivo de analisar ativamente a evolução do Sistema de Saúde de modo a ajudar à formulação e implementação das políticas de saúde, promovendo a articulação com a Europa, especificamente com o Observatório Europeu dos Sistemas de Saúde (OPSS, 2003). Portugal caminha assim no sentido das diretrizes e evidências internacionais, que preconizam o acesso a “cuidados de saúde com qualidade em função das necessidades clínicas dos cidadãos” (Furtado & Pereira, 2010), numa forma equitativa.

## 1.4 Instrumento de Recolha de Dados

A escolha do instrumento de recolha de dados recaiu sobre o IASP, desenvolvido pelo CEISUC. É um instrumento que tem sido utilizado com alguma frequência em estudos semelhantes no contexto de CSP e em Portugal (Ferreira, 2011, Matos, 2012, Carvalho, 2014, Mendes, 2014, Sá, 2014).

O referido instrumento foi adaptado e validado para a língua portuguesa, por Paulo (2003), num estudo efetuado no Hospital Distrital da Figueira da Foz, a partir do *Hospital Employee Judgment System*, desenvolvido por Nelson et al. (1992).

Em 2014 depois do instrumento ter sido várias vezes utilizado para estudos semelhantes, sofreu algumas modificações à versão existente (Ferreira & Antunes, 2009), devidamente autorizadas pelo autor no decorrer do estudo efetuado no ACES Baixo Mondego II (Mendes, 2014), que se prendem essencialmente com a possibilidade de identificar as UF a serem estudadas, o que se adequava de alguma forma ao nosso interesse.

Para o presente estudo, este instrumento foi alvo mais uma vez, de pequenas alterações, previamente autorizadas e introduzidas pelo autor, atribuindo-lhe a denominação de “IASP ACeS (...) v2” (**Anexo 1**).

O instrumento apresenta 7 grupos de questões na sua estrutura (**Quadro 2**). O primeiro grupo diz respeito a questões relacionadas com a identificação do local de trabalho (questões 1 a 5).

O segundo, terceiro e quarto grupos, pretendem avaliar a “Qualidade do Local de Trabalho” (questões 6 a 12), a “Qualidade da Prestação de Cuidados” (questão 13) e a “Melhoria Contínua da Qualidade” (questão 14), respetivamente, através duma escala de concordância tipo *Likert* com seis opções de resposta (“Excelente”- 5, “Muito Bom”- 4, “Bom”- 3, “Regular”- 2, “Mau”- 1 e “Não se aplica”- 6). A questão 15 não existe por lapso na estruturação do instrumento.

Para cada item esta escala de 1 a 5 foi convertida numa escala de 0 a 100 de acordo com o seguinte critério:

**Mau** - 0 a 49%; **Regular** - 50 a 69%; **Bom** - 70 a 89%; **Muito Bom** - 90 a 99%; **Excelente** - 100%.

O quinto grupo é composto por 5 questões que pretendem avaliar a satisfação global, apresentando uma escala tipo *Likert* de 4 pontos, em que 1 corresponde a “Claro que sim” e 4 a “Claro que não”. Apenas a última pergunta deste grupo

apresenta uma escala de 5 pontos, onde 1 corresponde a “Muito insatisfeito/a” e 5 corresponde a “Muito satisfeito/a”. De realçar que este grupo contempla nas suas questões uma hipótese de resposta aberta facultativa.

O sexto grupo deste questionário é composto apenas por uma questão aberta em que se pretende saber a opinião sobre aspetos que poderiam melhorar o contexto da prática clínica.

O sétimo e último grupo de questões tem como objetivo um fim estatístico e diz respeito a dados sociodemográficos dos participantes onde inclui uma questão inovadora que se refere à intencionalidade ou não de emigrar.

**Quadro 2** – Descrição das Dimensões, Subdimensões, Facetas e Questões do IASP

Dimensões	Subdimensões	Facetas	Questões
Qualidade do Local de Trabalho “QLT”	Política de Recursos Humanos “PRH”	Órgãos de Gestão e Política “OGP”	12a, 12b, 12c, 12d
		Recursos Humanos “RH”	8a, 8b, 8c 9a, 9b
	Moral “M”	Estado de Espírito “EE”	10a, 10b
		Responsável “R”	6a, 6b, 6c, 6d, 6e, 6f, 6g, 6h, 6i, 6j, 6l, 6k
	Recursos Tecnológicos e Financeiros “RTF”	Vencimento “V”	11a, 11b, 11c
		Local de Trabalho e Equipamento “LTE”	7a, 7b, 7c, 7d
Qualidade da Prestação de Cuidados “QPC”			13a, 13b, 13c, 13d, 13e, 13f, 13g
Melhoria Contínua da Qualidade “MCQ”			14a, 14b, 14c, 14d, 14e, 14f, 14g, 14h
Satisfação Global “SG”			16, 17, 18, 19, 20

Admitindo que a satisfação profissional é uma variável multidimensional e dependente, apresentamos no **Quadro 3**, a distribuição das respetivas dimensões, subdimensões e facetas apresentadas no instrumento de recolha de dados, pois tal

como refere Vilelas (2009, p.83) a variável é uma “característica ou qualidade da realidade que é suscetível de assumir diferentes valores” e que deve estar de acordo com a definição do problema, os objetivos e o referencial teórico do estudo.

**Quadro 3 - Dimensões, Subdimensões e Facetas do IASP**

Dimensões	Subdimensões	Facetas
Qualidade do Local de Trabalho	Política de Recursos Humanos	Órgãos de Gestão e Política
		Recursos Humanos
	Moral	Estado de Espírito
		Responsável/Coordenador
	Recursos Tecnológicos e Financeiros	Vencimento
		Local de Trabalho e Equipamento
Qualidade da Prestação de Cuidados		
Melhoria Contínua da Qualidade		

**Fonte:** Adaptado de Ferreira (2011)

As variáveis independentes que fazem parte do questionário são os dados sobre as funções na Unidade de Saúde, como: a unidade onde exerce funções, o tempo de serviço na profissão e na instituição atual e o tipo de horário semanal (questões 1 a 5).

Ainda consideradas variáveis independentes são os dados sociodemográficos e profissionais apresentados nas questões 22 a 30.

## 1.5 Fiabilidade do IASP

Uma vez que o instrumento utilizado já se encontra validado para o contexto cultural e população portugueses no estudo de Paulo (2003), apenas verificámos a fiabilidade do instrumento do nosso estudo, para proceder à comparação com estudos anteriores. Recorremos à avaliação da consistência interna, determinando o valor do *Alpha de Cronbach*, pois trata-se, segundo Pestana & Gageiro (2008), uma das medidas mais utilizadas para este fim. É considerada:

Muito Boa	$\alpha > 0.9$
Boa	$\alpha$ entre 0.8-0.9
Razoável	$\alpha$ entre 0.7-0.8
Fraca	$\alpha$ entre 0.6 e 0.7
Inadmissível	$\alpha$ inferior a 0.6

O quadro seguinte apresenta o valor de *Alpha de Cronbach* para todas as dimensões, subdimensões e facetas, podendo considerar-se bom e muito bom, uma vez que os valores se situam entre 0,789 e 0,973.

**Quadro 4 - *Alpha de Cronbach* das Dimensões, Subdimensões e Facetas do IASP**

Dimensões	Subdimensões	Facetas
Qualidade do Local de Trabalho $\alpha=0.933$	Política de Recursos Humanos $\alpha=0.841$	Órgãos de Gestão e Política $\alpha=0.918$
		Recursos Humanos $\alpha=0.796$
	Moral $\alpha=0.961$	Estado de Espírito $\alpha=0.910$
		Superior Hierárquico $\alpha=0.973$
	Recursos Tecnológicos e Financeiros $\alpha=0.789$	Vencimento $\alpha=0.945$
		Local de Trabalho e Equipamento $\alpha=0.865$
Qualidade da Prestação de Cuidados $\alpha= 0.869$		
Melhoria Contínua da Qualidade $\alpha=0.875$		
Satisfação Global $\alpha=0.943$		

Comparando com estudos anteriores podemos verificar no quadro seguinte, que a consistência do instrumento neste estudo se mantém pela similaridade dos resultados de *Alpha*.

**Quadro 5** - Valores comparativos de *Alpha* de Cronbach

DIMENSÕES	Tavares 2008	Ferreira 2011	Azevedo 2012	Mendes 2014	Estudo Atual
A Qualidade do seu Local de Trabalho	0.942	0.94	0.901	0.94	<b>0.933</b>
A Qualidade da Prestação de Cuidados	0.926	0.87	0.910	0.87	<b>0.910</b>
Melhoria Contínua da Qualidade	0.877	0.91	0.907	0.91	<b>0.875</b>

## 1.6 Procedimentos Formais e Éticos

Foi efetuado pedido de autorização à Direção Executiva do ACES (**Anexo 2**), para a efetivação do estudo. Num primeiro momento foi agendada uma reunião com a Diretora Executiva, com o objetivo de apresentar o projeto de investigação e num segundo momento, formalizado o pedido através de carta encaminhada por correio interno.

Outra autorização necessária foi a que se refere à utilização do instrumento de recolha de dados. Assim, depois de apurado o contacto de correio eletrónico, foi formalizado o pedido ao respetivo autor (**Anexo 3**).

Para resolver algumas questões práticas e proceder a pequenas alterações do instrumento, foi efetuada uma reunião entre o autor do estudo, o professor orientador e o autor do instrumento.

Após as devidas autorizações e alterações ao questionário, que foram devidamente efetuadas pelo autor, procedeu-se ao levantamento do número de UF, localização, identificação do coordenador e respetivo contacto. Optou-se por um primeiro contacto telefónico aos respetivos coordenadores, no sentido de apresentar o estudo e de manifestar a intencionalidade da distribuição dos questionários.

Estes foram assim entregues pessoalmente em cada unidade, em suporte de papel. Simultaneamente foi efetuada a identificação do número de enfermeiros alocados a cada unidade, assim como o cálculo de ausências prolongadas. De salientar que foi entregue juntamente com os questionários, uma caixa fechada (tipo urna), devidamente identificada (**Anexo 4**), com o objetivo dos enfermeiros colocarem o seu questionário preenchido, assegurando desta forma um maior sigilo e confidencialidade.

O processo de distribuição e posterior recolha dos questionários, decorreu durante o mês de Janeiro de 2017.

### 1.7 Tratamento e análise dos dados

Pretende-se neste capítulo, apresentar os resultados obtidos sob a forma de tabelas com a respetiva análise e discussão dos resultados.

Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizado o programa informático SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), na sua versão 22.

Inicialmente foi realizada uma análise descritiva, com cálculo de medidas de frequência, de tendência central e de dispersão.

A análise estatística foi realizada através do teste estatístico *t-student* para amostras independentes, de forma a verificar se existiam diferenças nos pontos médios entre os dois sexos e o teste ANOVA one way para as variáveis com mais de dois grupos, com o objetivo de observar as diferenças em relação aos fatores sociodemográficos e profissionais, pois este teste permite-nos a análise de variância de diferentes variáveis assim como as relações entre elas (Fortin, 2003).

Uma vez que o nosso instrumento de recolha de dados possui uma questão aberta e algumas mistas, criámos categorias através das opiniões dos nossos inquiridos de forma a facilitar a respetiva análise e construímos um quadro que se apresenta no ponto 2.4 deste trabalho.

## 2. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A forte adesão à participação no estudo já descrita, 83,2% da população, pode ser interpretada pela oportunidade e vontade de expressar uma opinião acerca de um tema que pode ser causador de alguma polémica. O contacto direto com os enfermeiros na distribuição e recolha dos questionários pode ter sido determinante para a referida adesão.

A média de satisfação profissional do nosso estudo é de 53,68%, inferior a diversos estudos semelhantes, Ferreira & Antunes (2009), Azevedo (2012), Matos (2012), Fonseca (2014). Procuraremos compreender e analisar este resultado.

### 2.1 Caracterização sociodemográfica da população-alvo

A população-alvo totaliza 184 enfermeiros a exercer funções nas diversas UF do ACES, o que se traduz em 92,4% do sexo feminino e 7,1% do sexo masculino (**Tabela 1**).

Os dados sociodemográficos apresentados vão de encontro aos padrões evidenciados pela ARSLVT.IP no que diz respeito ao sexo, onde a predominância é o sexo feminino, à semelhança do panorama nacional.

Em relação à idade dos enfermeiros, foram criados grupos etários. Assim, o maior grupo de enfermeiros situa-se entre os 45 e os 54 anos, com uma expressão de 49,5%, enquanto Mendes (2014), no seu estudo possui a sua maior percentagem (46,5%), entre os 35 e os 44 anos de idade, intervalo este que no nosso estudo revela uma predominância de 29,3%.

A idade mínima dos participantes é de 30 anos, a máxima de 62 anos, com uma média de 47,23 e um desvio padrão de  $\pm 6,427$ . O estudo de Mendes (2014) apresenta neste aspeto dados semelhantes, uma vez que as idades variam entre os 26 e os 57 anos.

No que diz respeito à situação familiar dos participantes, é possível perceber que a maioria é casada ou mantém uma relação em união de facto (81,0%), situação que poderemos atribuir eventualmente à faixa etária mais predominante da população-alvo (45-54 anos). Resultados semelhantes são apresentados por Tavares (2008), Ferreira (2011) e Mendes (2014). Com uma expressão de 11,4% apresenta-se o estado de separado ou divorciado, 5,4% é solteiro e 1,1% viúvo.



No que diz respeito à formação académica, podemos verificar que a maioria dos enfermeiros possui grau superior de formação (91,3%), apenas 8,7%, apresentam grau de bacharel. Também Ferreira (2011), no seu estudo com enfermeiros em CSP no distrito de Braga, apresenta cerca de 91% dos enfermeiros com formação académica superior.

**Tabela 1** - Resultados das variáveis sociodemográficas.

		nº	%
<b>Sexo</b>	Feminino	170	92,4
	Masculino	13	7,1
<b>Idade</b>	25-34	6	3,3
	35-44	54	29,3
	45-54	91	49,5
	55-64	31	16,8
<b>Situação Familiar</b>	Solteiro	10	5,4
	Casado/União de Facto	149	81,0
	Viúvo	2	1,1
	Separado/ Divorciado	21	11,4
<b>Formação Académica</b>	Bacharelato	16	8,7
	Licenciatura	108	58,7
	Pós-Graduação	28	15,2
	Mestrado	27	14,7
	Doutoramento	1	,5
	Especialização	4	2,2

## 2.2 Características profissionais da população-alvo

A **Tabela 2** apresenta-nos a caracterização da população-alvo segundo as variáveis socioprofissionais.

Naquilo que se refere à categoria profissional, podemos verificar que 107 (58,2%) são enfermeiros graduados, 28 (15,2%) são enfermeiros detentores do título de enfermeiros especialistas e em igual valor temos os enfermeiros com especialidade. A menor expressividade relaciona-se à categoria de enfermeiro, em número de 20 (10,9%) e a enfermeiro chefe (0,5%, n=1).

Quanto à distribuição da população-alvo e no que se refere ao tempo de serviço na profissão, podemos constatar que a grande maioria, 158, possui mais de 15 anos na profissão que corresponde a 85,9% da população em estudo, 8 (4,3%) tem entre 10 e 15 anos de profissão e apenas 6 (3,3%) tem entre 5 a 10 anos.

Em relação ao tempo de exercício profissional na Instituição atual, 131 (71,2%) permanecem há mais de 20 anos, 35 (19,0%) entre 11 e 20 anos e 6 (3,3%) desempenham funções na instituição há menos de 10 anos.

A última questão relativa aos dados sobre o local de trabalho tem a ver com a acumulação da atividade profissional em outra instituição, em que apenas 9,2% (n=17) acumula funções na área da prestação de cuidados.

**Tabela 2 – Resultado das variáveis socioprofissionais**

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Categoria Profissional</b>	Enfermeiro/a Chefe	1	0,5
	Enfermeiro/a Especialista	28	15,2
	Enfermeiro/a com Especialidade	28	15,2
	Enfermeiro/a Graduado	107	58,2
	Enfermeiro/a	20	10,9
<b>Tempo de Serviço</b>	5 - 10 anos	6	3,3
	10 - 15 anos	8	4,3
	>15 anos	158	85,9
<b>Tempo na Instituição atual</b>	<10 Anos	6	3,3
	11 - 20 anos	35	19,0
	>20 anos	131	71,2
<b>Funções noutra Instituição em regime de acumulação</b>	SIM	17	9,2
	NÃO	167	90,8

## 2.3 Avaliação da Satisfação Profissional

Neste subcapítulo do trabalho procuraremos responder ao primeiro objetivo deste estudo que visa descrever e analisar os resultados dos níveis de satisfação do ACES em questão.

Na **Tabela 3**, apresentam-se os valores médios globais das respostas dos participantes referentes às dimensões (“Qualidade Local de Trabalho”, “Qualidade de Prestação de Cuidados” e “Melhoria Contínua da Qualidade”), subdimensões (“Política de Recursos Humanos”, “Moral”, “Recursos Tecnológicos e Financeiros”) e respetivas facetas do IASP (“Órgãos de Gestão e Política”, “Recursos Humanos”, “Estado de Espírito”, “Responsável”, “Vencimento”, “Local de Trabalho e Equipamento”).

**Tabela 3** - Valores médios globais das respostas às dimensões, subdimensões e facetas do questionário

Dimensões	Subdimensões	Facetas
Qualidade do Local de Trabalho 47,1%	Política de Recursos Humanos 48,5%	Órgãos de Gestão e Política 37,5%
		Recursos Humanos 57,3%
	Moral 70,3%	Estado de Espírito 62,3%
		O/A Responsável 70,9%
	Recursos Tecnológicos e Financeiros 38,5%	Vencimento 27,7%
		Local de Trabalho e Equipamento 46,6%
Qualidade da Prestação de Cuidados 61,4%		
Melhoria Contínua da Qualidade 69,6%		

Podemos verificar que a dimensão que apresenta maiores níveis de satisfação é a “Melhoria Contínua da Qualidade” com uma percentagem média de

69,6%, o que vai de encontro aos resultados expressos em vários estudos semelhantes (Matos, 2012; Mendes, 2014; Fonseca, 2014), com 72.2%, 75.82% e 80.71% respetivamente.

O nível global de satisfação da “Qualidade Local de Trabalho” é considerado “mau” de acordo com os parâmetros por nós estabelecidos, com um valor de 47.1%, que se refletem essencialmente nas facetas que dizem respeito aos recursos humanos e aos recursos tecnológicos e financeiros. Nesta dimensão podemos verificar que o valor encontrado é inferior ao dos estudos de Matos (2012), com um valor de 60.7% e de Mendes (2014) com um valor de 59.63%, considerados “regular”.

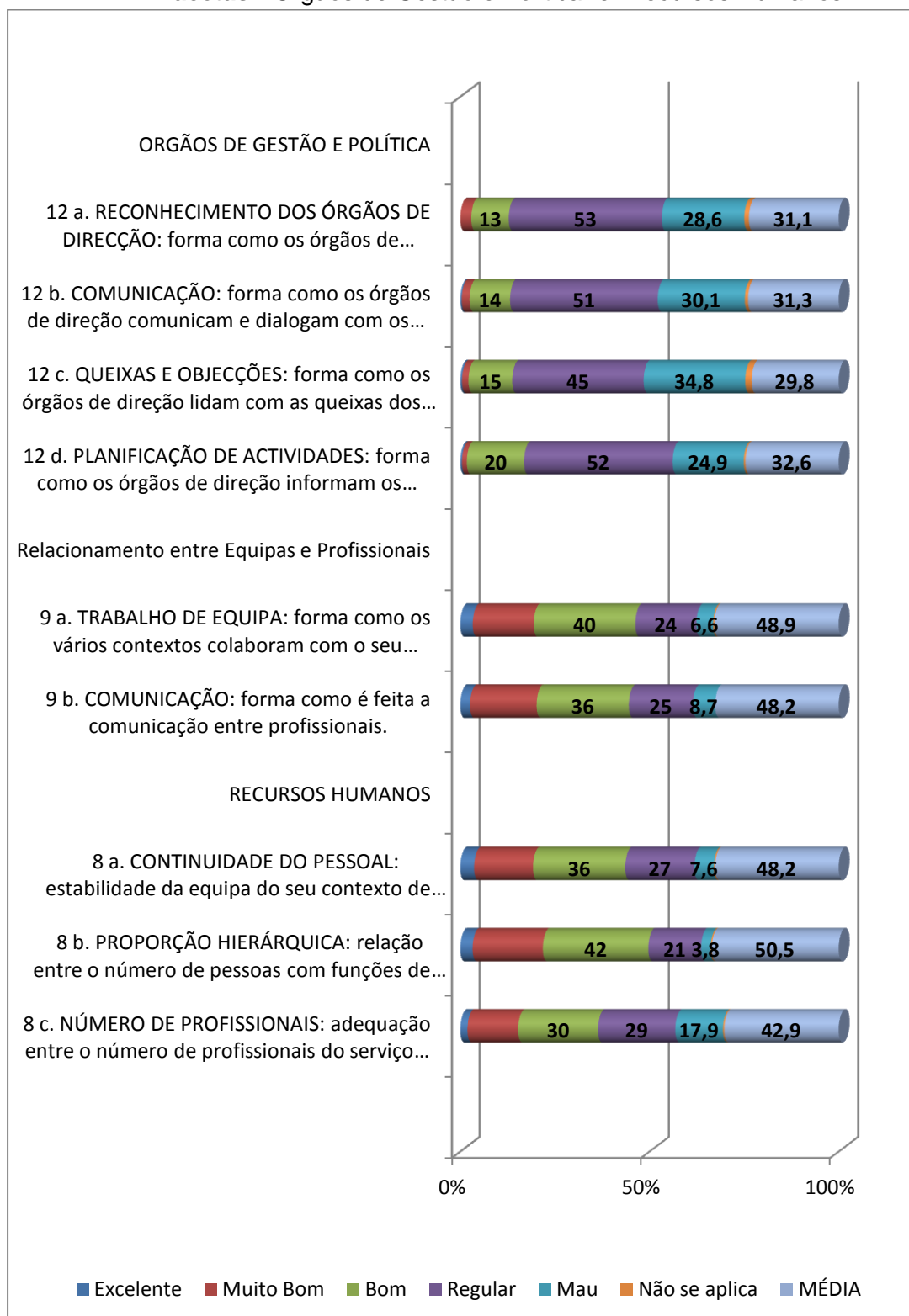
A perceção dos enfermeiros com a “Qualidade de Prestação de Cuidados” é regular (61,4%), apresentando valores inferiores aos de outros estudos como o de (Henriques, 2015; Fonseca, 2014; Ferreira e Antunes, 2009), com valores para esta dimensão de 78.6%, 78.28% e 77.6%, respetivamente.

Após esta visão geral das médias de satisfação para as dimensões, passaremos a analisar e discutir cada subdimensão e faceta individualmente.

### 2.3.1 Avaliação da Dimensão “Qualidade do local de Trabalho”

Nos gráficos seguintes a dimensão “Qualidade do Local de Trabalho” que reúne os resultados das suas subdimensões: “Política de Recursos Humanos”, “Moral” e “Recursos Tecnológicos e Financeiros” com as respetivas facetas.

**Gráfico 1 - Subdimensão: “Política de Recursos Humanos”**  
**Facetas: “Órgãos de Gestão e Política” e “Recursos Humanos”**



Relativamente à subdimensão, “Política de Recursos Humanos” que na sua globalidade apresenta um valor de 48,5% (**Tabela 3**), representando um valor aproximado do “regular”, na sua faceta “Órgãos de Gestão e Política”, podemos verificar nos dados apresentados no gráfico atrás que, a maioria dos enfermeiros considera o desempenho destes órgãos entre o “mau” e o “regular”, com valores entre os 45 e 53% de taxa de respostas. Quanto à faceta “Recursos Humanos”, os enfermeiros classificam-na maioritariamente como “Regular” com valores de média nos seus indicadores entre os 42.9% e 50.5%, expressando menor índice de satisfação no indicador que se refere à adequação do número de enfermeiros face ao volume de trabalho.

Como (Maia, 2012, p.41) refere, também “a dotação de pessoal de enfermagem é de suma importância para as organizações de saúde, principalmente no que concerne à organização e gestão dos Recursos Humanos, pois interfere diretamente na organização, na gestão de cuidados prestados e, conseqüentemente no reflexo que esta tem na qualidade desses cuidados”. Esta dotação é prevista tendo em conta o número de enfermeiros face à complexidade e à organização existente (Parreira, 2005).

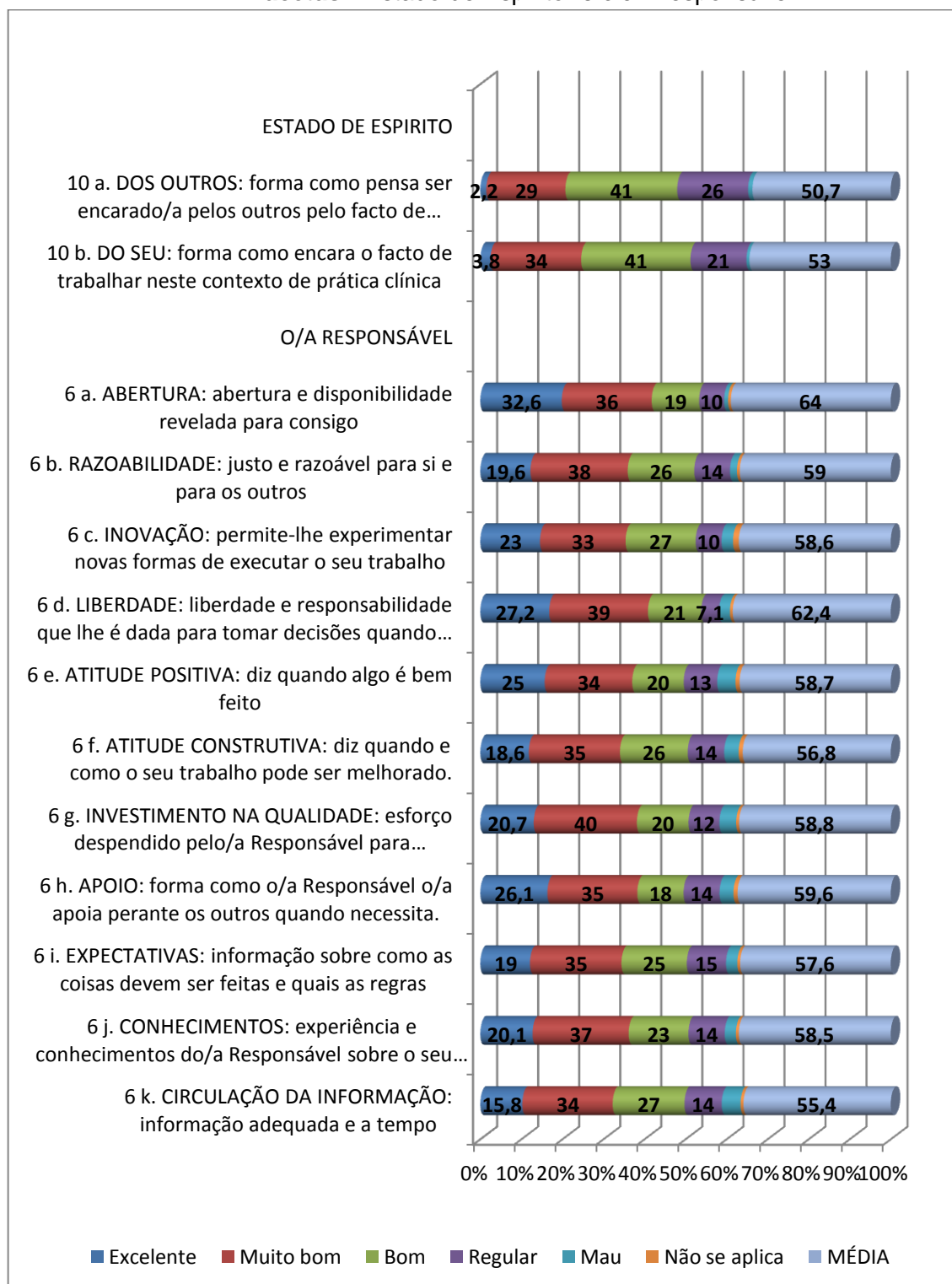
Ayamolowo et al (2013), também concluíram que a os enfermeiros gestores devem assegurar a gestão das suas equipas tendo em conta o volume de trabalho, a comunicação entre os elementos da equipa e o reconhecimento numa lógica de continuidade.

Assim, o valor do nosso estudo para o nível de satisfação global com os “Órgãos de Gestão e Política” é 37.5% (**Tabela 3**) o que se traduz por “mau” e é certo também que tem vindo a decrescer. É o que nos demostram os valores globais da faceta, encontrados nos estudos de Matos (2012), com 52.5%, Fonseca (2014), com 51.07% e Henriques (2015) com 50.2%.

Podemos eventualmente atribuir estes valores aos constrangimentos socioeconómicos que permanecem e ao que é descrito como a necessidade de ser reconhecido superiormente pelos órgãos de gestão (Herzberg, 2003).

Apresenta-se no próximo gráfico os dados relativos à subdimensão “Moral”, que contempla as facetas “Responsável” e “Estado de Espírito”.

**Gráfico 2 - Subdimensão: “Moral”**  
**Facetas: “Estado de Espírito” e o/a “Responsável”**



Relativamente às subdimensões, os enfermeiros apresentam os valores mais elevados de satisfação na “Moral” com 70,3% (**Tabela 3**). Este nível de satisfação que envolve a relação com o superior hierárquico, a circulação da informação, a relação entre os vários profissionais e o estado de espírito vivenciado no local de

trabalho, também foi constatado por Mendes (2014) com 69.98%, e por Matos (2012) com 72.2%.

Na sua faceta “Estado de Espírito”, esperam-se resultados que digam respeito à forma como o enfermeiro pensa ser encarado pelos outros ou por si mesmo. Destaca-se a classificação de “Bom” em ambos os itens (41%), seguindo-se a avaliação de “Muito Bom” com valores de resposta entre os 29 e 34%, com uma média de respostas positiva (50.7% - 53%). Apenas cerca de 1% classifica como “Mau” o “Estado de Espírito” na sua Unidade de Saúde.

Esta faceta é uma das que em outros estudos evidencia bons índices de satisfação. É o caso do estudo de Matos (2012), com 72.9% para o estado de espírito dos profissionais, não exclusivamente enfermeiros, assim como o estudo de Mendes (2014), com 75.4%.

Na análise aos resultados acerca da faceta o/a “Responsável”, verificamos que as médias das classificações se encontram entre 55.4% (“Circulação da Informação”) e 64% (“Abertura”), considerando o seu desempenho “regular”. Ainda assim de referir que a média global para esta faceta é de 70.9% (**Tabela 3**), significando que os enfermeiros na generalidade consideram o desempenho do seu Responsável/Coordenador como “Bom”.

No estudo de Fonseca (2014), esta foi a faceta que apresentou maiores níveis de satisfação, com 80.74%, estudo este realizado apenas em USF, sendo portanto expectável este resultado, uma vez que são unidades organizadas que escolhem o seu líder. Também com valores semelhantes, se bem que um pouco superiores, o estudo de Henriques (2015), apresenta como valor para a média de satisfação com o “Responsável /coordenador”, 82.4%.

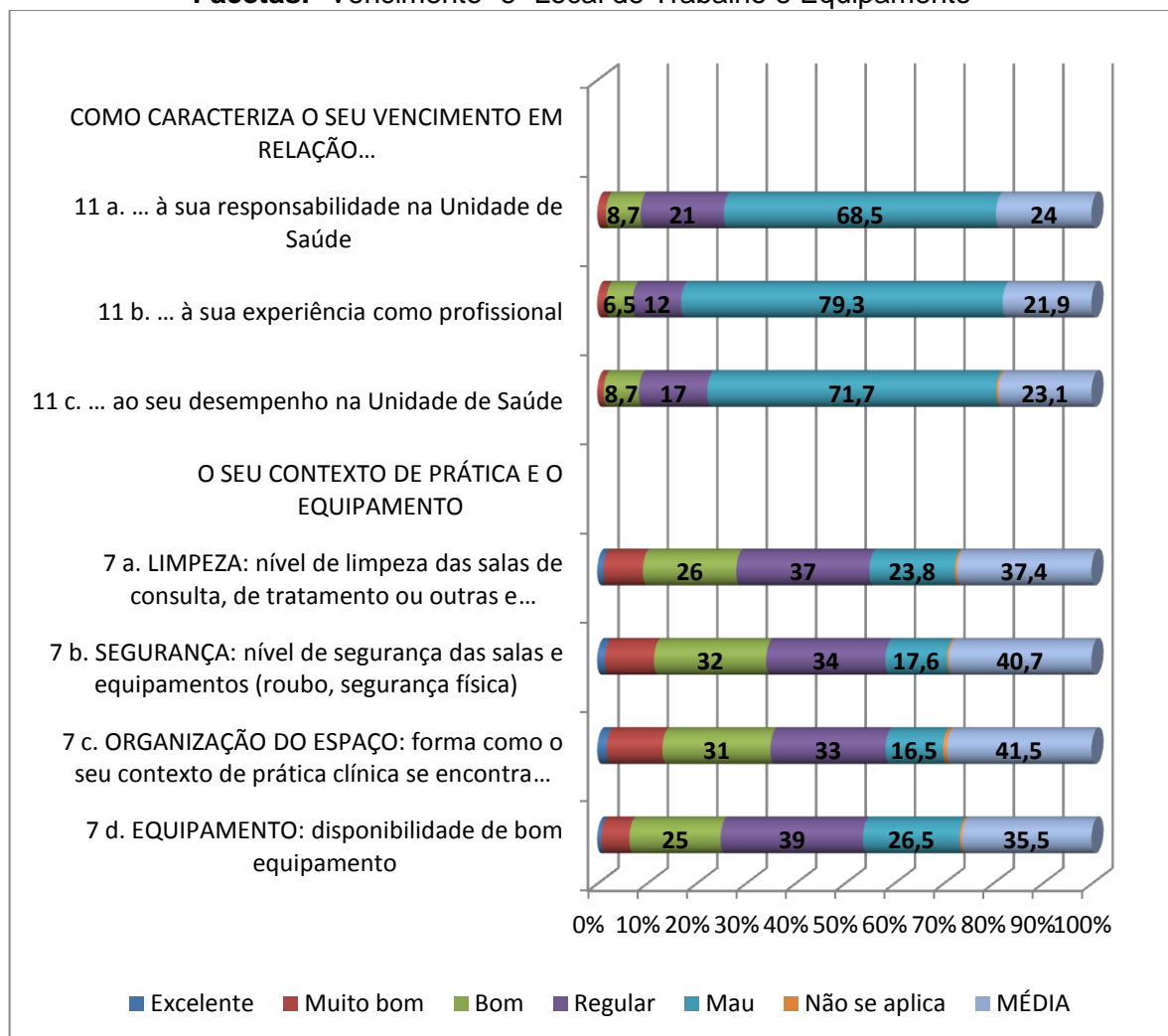
Indicadores como a liberdade e responsabilidade que é dada ao profissional pelo superior hierárquico quando é necessário, promovendo a sua autonomia, são confirmados com os resultados de McCloskey de 1990 e de Carr e Kazanowski em 1994, segundo os quais a falta de autonomia leva a insatisfação profissional (citados em Ferreira, 2011).

Hayes et al (2010), também chama a atenção para a necessidade dos gestores de enfermagem promoverem permanentemente estratégias que mantenham a moral dos enfermeiros, difundindo a satisfação profissional e a qualidade nos cuidados aos pacientes.



A terceira subdimensão que avalia a satisfação com a “Qualidade Local de Trabalho” é a que se refere aos “Recursos Tecnológicos e Financeiros” composta pelas duas facetas: “Vencimento” e “Local de Trabalho e Equipamento”.

**Gráfico nº3 - Subdimensão: “Recursos Tecnológicos e Financeiros”**  
**Facetas: “Vencimento” e “Local de Trabalho e Equipamento”**



A subdimensão “Recursos Tecnológicos e Financeiros e suas facetas é aquela que apresenta o menor índice de satisfação, com 38,5%.

A faceta “Vencimento” como verificámos anteriormente na **tabela 3**, é aquela que apresenta o menor grau de satisfação dos enfermeiros deste ACES com 27,7% de valor médio, que no gráfico 3, se traduz como “Mau” com valores de média de resposta para os respetivos indicadores, entre os 21.9 e 24%. De salientar que a maior percentagem de resposta desta faceta (79.3% da população-alvo), se refere à insatisfação face ao vencimento em relação à experiência profissional de cada um.

A tendência destes valores também foi verificada por Henriques (2015), com 32.2% para o nível de satisfação com o “Vencimento”.

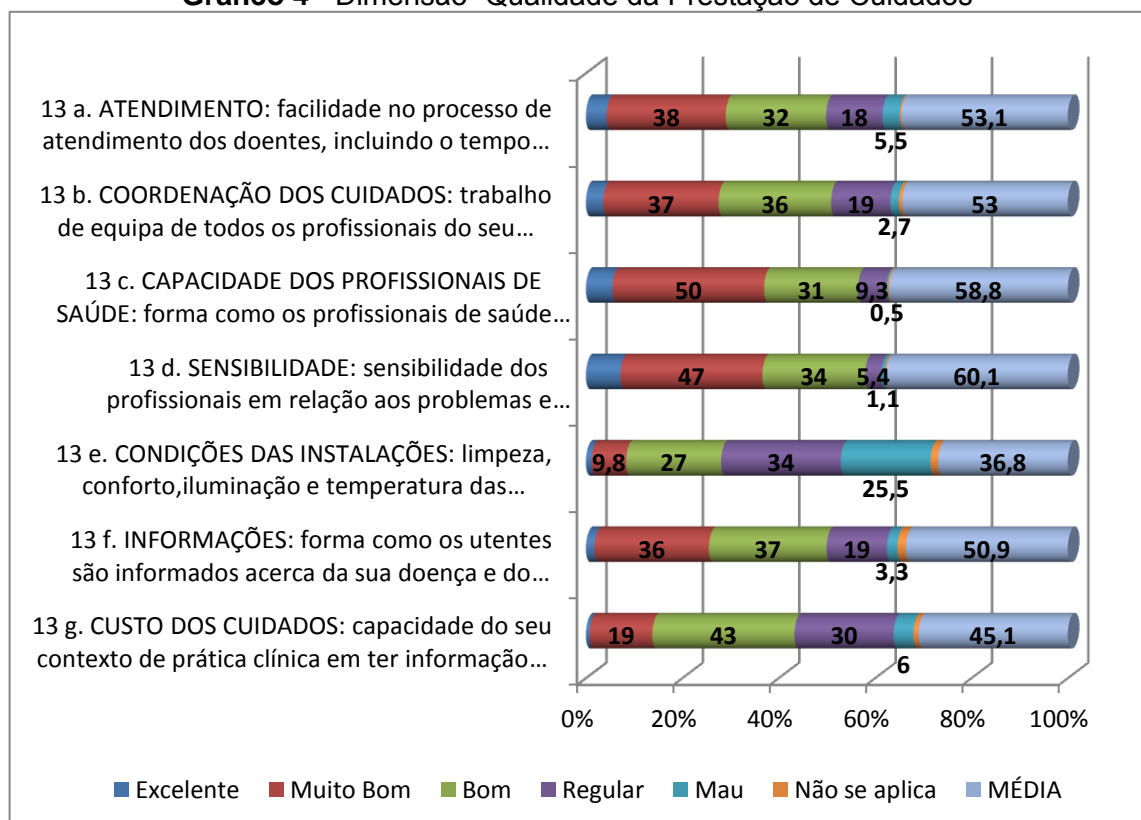
Na faceta “Local de Trabalho e Equipamento”, a média das respostas nos indicadores relacionadas com limpeza, segurança, organização do espaço e equipamento situa-se entre ( $\bar{x}$ =35,5 e 41.5%), o que se traduz por “mau”, revelando desta forma insatisfação profissional.

Munyewende (2014) vem confirmar estes resultados num estudo em contexto idêntico no Sul de África, quando enuncia fatores como segurança, infraestruturas, equipamento e remuneração como condicionantes para a satisfação.

### 2.3.2 Avaliação da Dimensão “Qualidade da Prestação de Cuidados”

O grau de satisfação com a “Qualidade da Prestação de Cuidados” é traduzido pelos itens (13a a 13g), que apresentamos no gráfico 4.

**Gráfico 4 - Dimensão “Qualidade da Prestação de Cuidados”**



Os enfermeiros deste ACES, avaliam a prestação de cuidados de uma forma geral, positiva, o que se traduz nos valores da média das classificações ( $\bar{x} > 50\%$ ). A

exceção vai para as “condições das instalações” e “custo dos cuidados” com um valor de média de respostas inferior aos 50%, sendo assim considerado “mau”.

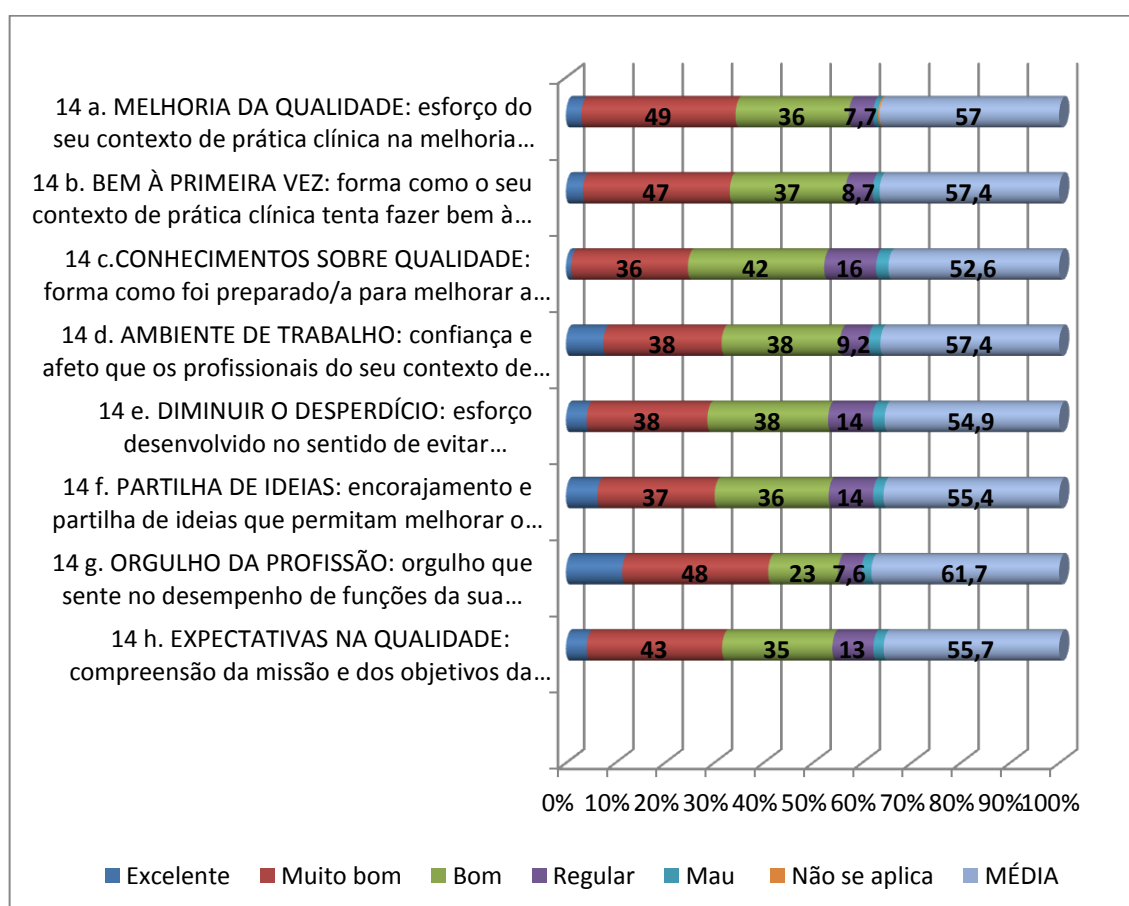
Sendo 61,4%, o valor da média desta dimensão, podemos perceber que a percepção que os enfermeiros deste ACES têm, da qualidade dos cuidados que prestam, é “regular”.

De referir que em todos os estudos consultados que utilizaram o IASP e em contexto de CSP, os níveis de satisfação na dimensão “Qualidade da Prestação de Cuidados”, são superiores ao nosso estudo, é o caso de Ferreira e Antunes (2009), com 77,6%, Matos (2012), com 70,4%, Fonseca (2014), com 78,28% e Henriques (2015), com 78,6%.

### 2.3.3 Avaliação da Dimensão “Melhoria Contínua da Qualidade”

O Gráfico 5 ilustra os resultados relativos à dimensão “Melhoria Contínua da Qualidade” que se traduz através dos respetivos itens 14a a 14h.

**Gráfico 5 – Dimensão “Melhoria Contínua da Qualidade”**



É possível verificar no gráfico que as respostas se dividem entre a classificação de “Bom” e “Muito Bom” no que diz respeito à melhoria contínua da qualidade, com médias positivas em todos os seus indicadores. Aliás, esta é a dimensão que apresenta melhores resultados de média de satisfação com 69,6%, logo após a subdimensão “Moral” e sua faceta “Responsável”.

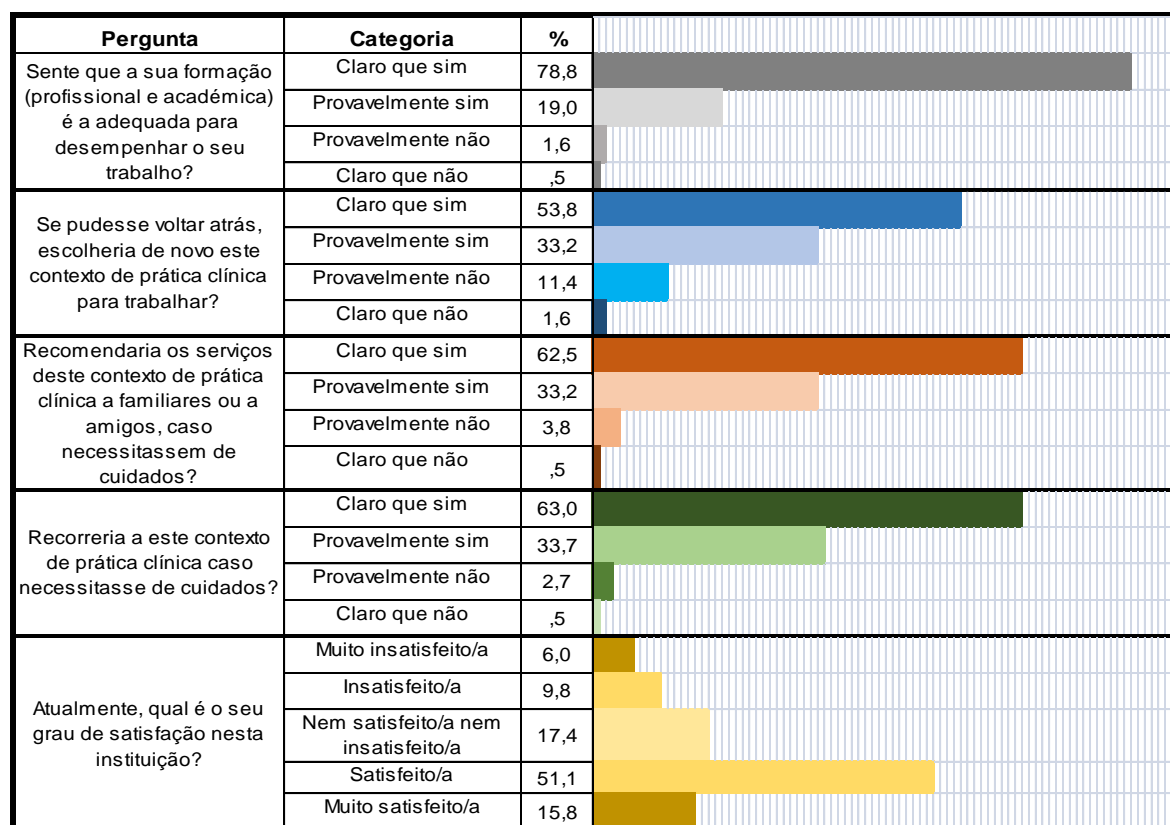
Mais detalhadamente, podemos verificar que o indicador com a média mais elevada ( $\bar{x}=61.7$ ) é “Orgulho da profissão”, seguindo-se o “Ambiente de trabalho” ( $\bar{x}=57.4$ ), sendo os “Conhecimentos sobre qualidade”, o indicador com o valor mais baixo ( $\bar{x}=52.6$ ), ainda assim positivo.

A “Melhoria Contínua da Qualidade” é a dimensão que transversalmente a todos os estudos realizados com o instrumento de avaliação IASP, apresenta melhores resultados, quer em estudos mais antigos como o de Tavares (2008) num serviço de imagiologia e o de Ferreira (2011) em CSP no Distrito de Braga, quer nos mais recentes como o de Azevedo (2012) e o de Mendes (2014).

Hollman et al (2014), num estudo sueco em CSP, refere a escassez dos recursos e restrições à formação como fatores que influenciam a satisfação e a qualidade. As enfermeiras neste estudo referem que a elevada qualidade de cuidados prestados aos utentes, melhora a satisfação profissional assim como o ambiente de trabalho e que estes fatores são de extrema importância para a melhoria contínua. A mudança é mais fácil de implementar quando os profissionais estão satisfeitos. O aumento de habilidades, de responsabilidade e compromisso contribuem para a satisfação e melhoria dos cuidados.

#### 2.3.4 Avaliação da Dimensão “Satisfação Global”

O **Gráfico 6** traduz os resultados em percentagem relativamente à dimensão “Satisfação Global”, refletindo a avaliação dos enfermeiros no que diz respeito à adequação da sua formação, se voltariam a escolher o mesmo contexto de prática, se recomendariam o seu serviço a outros, se eles próprios recorreriam ao seu serviço caso o necessitassem e finalmente qual o grau de satisfação com a instituição onde desempenham funções.

**Gráfico 6 – Dimensão “Satisfação Global**

Podemos então constatar que a grande maioria dos enfermeiros considera a sua formação adequada ao seu desempenho (98%) e apenas cerca de 2% considera que não.

Quando questionados se escolheriam de novo o mesmo local para trabalhar, 53.8% refere que sim, 33.2% provavelmente sim, 11.4% provavelmente não escolheria e 1.6% com certeza não escolheria de novo o mesmo local para desempenhar funções.

A grande maioria dos enfermeiros, cerca de 95%, recomendaria ou provavelmente recomendaria a sua unidade a familiares ou amigos, caso necessitassem.

Em valor semelhante, cerca de 96%, os enfermeiros deste ACES recorreriam à sua própria unidade, caso fosse necessário.

Finalmente, em relação ao grau de satisfação global com a instituição onde trabalham, 15.8% dos enfermeiros está “muito satisfeito”, 51.1% sente-se “satisfeito”, 17.4% “nem satisfeito” “nem insatisfeito”, insatisfeitos com a sua instituição estão 9.8% e 6% manifestam-se “muito insatisfeitos”.

Na dimensão “Satisfação Global”, os valores apresentados são muito semelhantes aos de outros estudos, nomeadamente aos de Azevedo (2012), Mendes (2014), Fonseca (2014) e Santos (2016), que relativamente à perceção de que a formação é adequada ao desempenho de funções, se escolheria de novo o mesmo serviço para trabalhar, se recomendaria o seu serviço a outros na procura de cuidados ou para si mesmo, evidenciam valores altos de satisfação.

Relativamente ao grau de satisfação com a instituição onde trabalham, cerca de 67% dos enfermeiros deste agrupamento estão satisfeitos ou muito satisfeitos.

A análise relativa ao grau de satisfação por Unidade Funcional é evidenciada no subcapítulo 2.7, quadro 7.

## 2.4 Análise da Questão Aberta

O quinto grupo de questões do nosso questionário prevê complementos de respostas abertas como já foi descrito anteriormente (P16, P17, P18, P19, P20), destaque para o sexto grupo com uma pergunta totalmente aberta (P21). A P19, não obteve qualquer resposta.

Do total da nossa população alvo, 162 enfermeiros manifestaram a sua opinião, o que consideramos ser demonstrativo da participação e do interesse na adesão a este estudo.

Optou-se por apurar as opiniões sobre aspetos a melhorar no contexto da prática clínica, criando categorias de temas enunciados pelos enfermeiros nessas questões. Estes dados estão ilustrados no **(Apêndice 1)**, onde procurámos fazer uma breve análise acerca das preocupações mais manifestas.

As questões mencionadas no referido apêndice são relativas à avaliação da satisfação global, exceto a P21 (aberta).

Analisando as categorias criadas segundo as opiniões recolhidas, destacam-se as preocupações relacionadas com as instalações, recursos materiais e limpeza, assinaladas no quadro a verde. Já no estudo de Fonseca (2014), foram constatadas estas dificuldades. Estas questões podem estar relacionadas com a contenção económica a que as instituições estão sujeitas e consequente dificuldade na aquisição de materiais.

A política de gestão/equipa é também referida por 20 enfermeiros (assinalado a lilás).

Hayes, Bonner & Pryor (2010), atribuem aspetos como as relações profissionais, escalas de serviço e liderança, a fatores interpessoais que contribuem para a satisfação profissional.

Investigações recentes sublinham que a satisfação em enfermagem é multifacetada, complexa e altamente subjetiva. Esta análise sugere que os fatores associados com a satisfação dos enfermeiros podem ser agrupados em intrapessoais (aqueles que fazem parte do enfermeiro), interpessoais (entre o enfermeiro e colegas ou pacientes) e extra-pessoais (aqueles que são externos ao enfermeiro) (Hayes, Bonner & Pryor, 2010).

Assim, as políticas organizacionais, a existência de recursos necessários e a compreensão dos fatores que contribuem para a satisfação laboral, são elementos significativos para a satisfação no trabalho e podem aumentar a retenção de enfermeiros (Hayes, Bonner & Pryor, 2010).

Outra condicionante para a satisfação que alguns enfermeiros referem (assinalado a amarelo), diz respeito ao reconhecimento, quer pelo utente, quer pelos superiores hierárquicos/instituição.

A falta de reconhecimento e a fraca supervisão e gestão da prática contraria o reconhecimento global da importância dos profissionais de saúde para o desenvolvimento de sistemas de saúde e a obtenção de bons resultados de saúde da população (Munyewende et al, 2014).

## **2.5 Avaliação da Satisfação Profissional em relação aos Fatores Sociodemográficos e Profissionais**

Analisaremos neste subcapítulo, os resultados que dão resposta ao segundo objetivo específico deste estudo, ou seja a relação existente entre a satisfação profissional e os fatores sociodemográficos e profissionais.

### **2.5.1 Fatores sociodemográficos**

Para relacionar a satisfação profissional com os fatores sociodemográficos (sexo, idade, situação familiar e formação) e profissionais (tempo de serviço e categoria profissional), foram realizados testes de acordo com os grupos para avaliação das variáveis, teste estatístico aplicado e nível de significância, definido

através do *p-value* e teste de comparação ANOVA, para identificar as diferenças entre as dimensões da satisfação.

### 2.5.2 Satisfação Profissional em relação à variável sexo:

O *test t* testa se a média de dois grupos é significativamente diferente. Assim, determinando o nível de significância para amostras independentes (sexo) e a diferença nos pontos médios entre os dois sexos, verificámos que existem diferenças estatisticamente significativas entre as pontuações para as dimensões “Qualidade Local de Trabalho” ( $p=0.04$ ) e “Satisfação Global” ( $p=0.025$ ), em relação ao sexo. Podemos por isso afirmar que a diferença de opinião nestas duas dimensões está relacionada com a variável sexo.

**Tabela 4 - Satisfação Profissional segundo o sexo**

		n	M	DP	t	p*
QLT	Masculino	13	52,69	9,63	2,073	0,04
	Feminino	170	46,73	10,02		
QPC	Masculino	13	50,91	16,62	-0,473	0,637
	Feminino	170	52,54	11,59		
MCQ	Masculino	13	54,64	13,84	-0,647	0,519
	Feminino	170	56,71	10,89		
Satisfação Global	Masculino	13	49,08	10,89	2,262	0,025
	Feminino	170	43,86	7,77		

\* $p<0,05$ , *t*(teste *t* de Student), DP (desvio padrão), M (média)

Os homens estão menos satisfeitos que as mulheres nas dimensões “Qualidade da Prestação de Cuidados” e “Melhoria Contínua da Qualidade” e mais satisfeitos nas dimensões “Qualidade Local de Trabalho” e “Satisfação Global”.

Fonseca (2014) concluiu que os homens estão mais satisfeitos que as mulheres em todas as dimensões.

Carvalho (2014), no seu estudo, não encontrou diferenças significativas quanto ao sexo, Castro et al (2011), encontraram níveis de satisfação profissional superiores no sexo masculino.



### 2.5.3 Satisfação Profissional em relação à variável idade

Para testar a variável idade em relação às dimensões em estudo, foram estabelecidos os seguintes intervalos numéricos: “25-34”, “35-44”, “45-54” e “55-64” anos.

Para comparar as médias entre os grupos etários estabelecidos foi utilizado o teste ANOVA. Os resultados evidenciados no teste para a variável idade relativamente às dimensões da satisfação mostram que não existem diferenças estatisticamente significativas, pois os valores são  $> 0,05$ .

**Tabela 5** - Satisfação profissional segundo o grupo etário

	<i>p</i>
<b>QLT</b>	<b>0,540</b>
<b>QPC</b>	<b>0,366</b>
<b>MCQ</b>	<b>0,425</b>
<b>Satisfação Global</b>	<b>0,526</b>

Delobelle et al (2010), no seu estudo em ambiente rural na África do Sul, também não encontrou associação entre a satisfação no trabalho e fatores como a idade ou a escolaridade.

### 2.5.4 Satisfação Profissional em relação à situação familiar

Neste teste as categorias estabelecidas quanto à situação familiar dos inquiridos foram “Solteiro/a”, “Casado/a ou união de facto”, “Viúvo/a” e “Separado/a ou divorciado/a”.

Mais uma vez o teste ANOVA não revelou valores estatisticamente significativos pois os valores são  $> 0,05$ .

**Tabela 6** - Satisfação profissional em relação à situação familiar

	<i>p</i>
<b>QLT</b>	<b>0,521</b>
<b>QPC</b>	<b>0,566</b>
<b>MCQ</b>	<b>0,477</b>
<b>Satisfação Global</b>	<b>0,803</b>

A questão acerca do agregado familiar e número de filhos, não foi analisada no estudo por não se considerar relevante.

Na continuidade da pergunta anterior, o questionário contempla a seguinte questão: “De que forma é que o seu rendimento familiar é suficiente para as necessidades do seu agregado familiar e da sua formação?”

Considerámos pertinente referir apenas, como dado estatístico, o facto de, dos 184 participantes, 78 enfermeiros consideram insuficiente o seu rendimento familiar, 102 consideram suficiente e apenas 4, o consideram mais do que suficiente.

#### 2.5.5 Satisfação Profissional em relação à formação académica

Neste dado sociodemográfico as categorias contempladas são: “Bacharelato”, “Licenciatura”, “Pós-Graduação”, “Mestrado”, “Doutoramento” ou “Outro” e tal como nos testes anteriores, não há evidência de valores estatisticamente significativos ( $p > 0.05$ ), o que revela que a formação académica não influencia o grau de satisfação profissional destes enfermeiros.

**Tabela 7** - Satisfação profissional em relação à formação académica

	<i>p</i>
<b>QLT</b>	<b>0,496</b>
<b>QPC</b>	<b>0,924</b>
<b>MCQ</b>	<b>0,234</b>
<b>Satisfação Global</b>	<b>0,615</b>

Tal não se constatou num estudo em ambiente hospitalar, em que se verificou existir uma correlação entre a formação académica e a satisfação (Batista et al, 2010).

Mendes (2014), no seu estudo em CSP no Baixo Mondego II, concluiu igualmente que não há diferença na satisfação profissional segundo a formação académica.

## 2.6 Fatores Profissionais

### 2.6.1 Satisfação Profissional em relação ao Tempo de serviço

Tendo em conta os intervalos de tempo estabelecidos para o tempo de serviço (5-10, 10-15 e >15 anos), o teste revela que não existem diferenças significativas quanto às dimensões da satisfação.

**Tabela 8** - Satisfação profissional em relação ao tempo de serviço

	<i>p</i>
<b>QLT</b>	<b>0,726</b>
<b>QPC</b>	<b>0,026</b>
<b>MCQ</b>	<b>0,201</b>
<b>Satisfação Global</b>	<b>0,246</b>

Ao verificarmos a relação entre a satisfação profissional e fatores sociodemográficos e profissionais como a idade, a situação familiar, a formação académica e o tempo de serviço, verificamos, como já descrito anteriormente, que não existem diferenças significativas

Estes resultados estão em consonância com as conclusões de Curtis (2007), que apontou efeitos pouco valorizáveis sobre a satisfação.

### 2.6.2 Satisfação Profissional em relação à Categoria Profissional

Relativamente à categoria profissional, existem diferenças estatisticamente significativas nas escalas “Melhoria Contínua da Qualidade” e “Satisfação Global”, apresentadas na tabela com valores de 0,009 e 0,001, respetivamente.

Para verificar se existem diferenças entre as médias de uma determinada variável em relação a um tratamento com duas ou mais categorias, utilizamos o teste paramétrico ANOVA que, quando o valor de  $p < 0,05$ , indica a significância existente nas categorias.

No entanto não existem diferenças significativas no que diz respeito às dimensões “Qualidade do Local de Trabalho” e “Qualidade da Prestação de Cuidados”.

**Tabela 9** - Satisfação profissional em relação à categoria profissional

	<i>p</i>
<b>QLT</b>	<b>0,935</b>
<b>QPC</b>	<b>0,731</b>
<b>MCQ</b>	<b>0,009</b>
<b>Satisfação Global</b>	<b>0,001</b>

A dimensão “Qualidade Local de Trabalho”, como sabemos, inclui indicadores relativos a política de recursos humanos, moral e recursos tecnológicos e financeiros e a dimensão “Qualidade da Prestação de Cuidados” refere-se à perceção que os enfermeiros têm sobre o atendimento, a coordenação dos cuidados, a capacidade dos profissionais de saúde e sua sensibilidade, as condições das instalações, as informações prestadas aos utentes e o controle de custos dos cuidados prestados.

### 2.6.3 Intenção de Emigrar

Ainda nos dados sociodemográficos, o autor do instrumento utilizado, introduziu uma pergunta inovadora, que faz todo o sentido naquilo que é o nosso contexto socioeconómico atual e que se refere à intencionalidade de emigrar.

O quadro seguinte representa o resultado a esta questão, mas salienta-se que a última hipótese de resposta (assinalada a rosa), foi acrescentada por sugestão de vários participantes, considerando a sua pertinência.

**Quadro 6 - Intencionalidade de emigrar**

	nº	%
Já emigrei e regressei a Portugal	4	2,2
Estou a preparar-me para emigrar	13	7,1
Não pensei em emigrar	149	81,0
Já pensei em emigrar	12	6,5
<b>Total</b>	178	96,7
Não responderam	6	3,3
<b>TOTAL</b>	184	100,0

A questão da emigração coloca-se hoje em dia, nomeadamente em Portugal, pelos fatores socioeconómicos e políticos, que são do conhecimento geral.

A intencionalidade de emigrar é fruto da grande procura de emprego e pouca oferta, uma vez que quer as instituições privadas, quer os setores do estado, lidam com grandes restrições económicas.

Assistimos assim, à perda de profissionais qualificados em idade jovem, contribuindo desta forma para o conhecido envelhecimento da população.

Também em Jazan na Arábia Saudita, num estudo de Almalki et al (2012), se relaciona a qualidade de vida no trabalho com a intenção de turnover. Esta variável foi significativamente relacionada com a qualidade de vida no trabalho. Quase 40% se manifestavam insatisfeitos com a sua qualidade de vida no trabalho, manifestando intenção de emigrar, especialmente os mais novos, sendo que o salário baixo foi um dos fatores que contribuiu para a intenção de turnover e consequentemente para a insatisfação no trabalho, o que não se verifica no nosso estudo.

## 2.7 Avaliação da Satisfação Profissional nas diferentes Unidades Funcionais

Para realizar a avaliação da satisfação profissional nas diferentes UF, dando resposta ao terceiro objetivo específico, foram encontrados os valores médios de satisfação para todas as dimensões, subdimensões e facetas do IASP, em cada uma das unidades (**Quadro 7**).

Quadro 7 – Avaliação da Satisfação Profissional por Unidade Funcional

Unidades Funcionais		UCSP				USF Modelo A				USF Modelo B				UCC				USP				ECL						
		n	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}_{QLT}$	n	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}_{QLT}$	n	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}_{QLT}$	n	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}_{QLT}$	n	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}_{QLT}$	n	$\bar{X}$	$\bar{X}$	$\bar{X}_{QLT}$			
Dimensões Subdimensões Facetas	QLT	PRH	OGP	49	36,9	46,1	56,3	61	38,3	50,6	54,9	24	32,9	47,8	58,1	43	37	48	54,1	4	40	45	42,9	3	65	65,1	56,5	
			RH	49	53,5			61	60,4			24	59,8			43	56			4	49			3	65,3			
		Moral	EE	49	57,1	73,4		61	61,6	67,6		24	68,3	72,2		43	66	68,4		4	53	50,4		3	73,3	65,1		
			Resp	49	76,4			61	68,7			24	72,9			43	69			4	50			3	70,8			
		RTF	V	49	24,8	37		61	23,1	38,4		24	41,6	46,3		43	30	37		4	32	32		3	20	34,2		
			LTE	49	46,1			61	49,8			24	49,7			43	42			4	33			3	45			
		QPC			49	58,5			61	63,2			24	68			43	59			4	54			3	68,5		
		MCQ			49	68,2			61	67,8			24	70			43	66			4	68			3	71,6		
SG			49	45.1		61	44.6		24	40.9		43	45.5		4	38.0		3	38.0									

Avaliando as médias de satisfação nas diferentes dimensões e nas diferentes UF, podemos constatar mais uma vez que, a dimensão em que os enfermeiros revelam maior satisfação é “Melhoria Contínua da Qualidade” (assinalado a verde), sendo este sentimento transversal em todas as unidades.

Castro et al (2011), no seu estudo no Centro de Saúde Barcelos/Barcelinhos também percebeu que os enfermeiros evidenciavam satisfação com a perceção da garantia dos cuidados aos utentes.

Na dimensão “Qualidade Local de Trabalho” verifica-se menor índice de satisfação na unidade USP (assinalado a amarelo), nas outras unidades não existem diferenças significativas. Também é esta dimensão da satisfação que apresenta valores mais baixos, relativamente às outras. Para este resultado poderão contribuir, como Ferreira (2015) refere no estudo no ACES Feira-Arouca, fatores condicionantes para a satisfação profissional, como a remuneração, as condições físicas do local de trabalho e também aspetos relacionados com o risco a que estes profissionais estão sujeitos.

Relativamente às subdimensões da satisfação na dimensão “Qualidade Local de Trabalho”, podemos verificar que, a que apresenta melhores resultados é a “Moral” (assinalado a azul), apresentando também com maior nível de satisfação, a faceta “Responsável” (assinalado a rosa). Entre as unidades a que apresenta menor grau de satisfação em relação a esta subdimensão e faceta, é a USP ( $\bar{x}=50$ ). Interessante é o resultado relativo às UCSP ( $\bar{x}=73,4$ ), evidenciando maior grau de satisfação em relação às USF Mod A ( $\bar{x}=67,6$ ), Mod B ( $\bar{x}=72,2$ ) e às UCC ( $\bar{x}=68,4$ ), que pelas suas características organizacionais, teríamos outra expectativa.

Esta constatação vai contra resultados apurados em vários estudos semelhantes, como o caso de Ferreira (2011) ou Mendes (2014), em que os enfermeiros a trabalhar em USF ou UCC, apresentam maior satisfação, nesta subdimensão, que nas UCSP. É certo que o nosso estudo é realizado na região de Lisboa, o que poderá ser um fator condicionante, uma vez que, a formação destas unidades se iniciou noutras zonas do país, nomeadamente no norte, possuindo por isso, uma maior maturidade no que diz respeito à sua estrutura organizacional.

Poderemos eventualmente refletir acerca do estudo de Ferreira (2011), que atribui a muitas expressões indicativas de maior satisfação dos profissionais a exercerem funções em USF face aos que trabalham nas UCSP, estarem associadas



a correção das condições extrínsecas dos locais de trabalho e que são fonte de insatisfação, como condições de trabalho, vencimento, relacionamento com superiores hierárquicos. Estes fatores extrínsecos, segundo Pron (2013), serão fatores suscetíveis de se poder intervir.

Também Moneke & Umeh (2013), no seu estudo em ambiente hospitalar, atribuíram os comportamentos de liderança como principal fator na determinação da satisfação profissional. Ainda referem que a complexidade das relações interpessoais dentro do ambiente clínico e as questões críticas que os enfermeiros enfrentam diariamente indicam que moral, satisfação no trabalho e motivação são componentes essenciais de melhoria na eficiência no local de trabalho.

Os gestores de enfermagem são essenciais para influenciar a satisfação no trabalho através de uma liderança positiva, dando o exemplo e compreendendo os problemas locais que afetam os enfermeiros. A responsabilidade não é, contudo, exclusiva dos gestores de enfermagem, todos os enfermeiros podem contribuir para o desenvolvimento e manutenção de um ambiente propício a níveis mais elevados de satisfação no trabalho para si mesmos e para os seus colegas (Hayes et al, 2010).

Quanto à dimensão “Qualidade da Prestação de Cuidados”, os maiores níveis de satisfação vão para as USF modelo B e ECL (assinalado a lilás), revelando uma boa perceção relativa à qualidade dos cuidados prestados. As USF modelo B possuem um modelo de desenvolvimento que permite maior autonomia profissional, indicador de satisfação também referido no estudo de (Ribeiro, 2014), efetuado num ACES. Têm também acesso a incentivos financeiros por objetivos, permitindo a criação de um clima organizacional e motivacional propício.

Quanto à “Satisfação Global”, podemos verificar que os resultados são idênticos em todas as unidades, com um discreto aumento da satisfação nas UCC (45,5%), e menor satisfação nas USP e ECL (38%). Curioso é o resultado face a esta dimensão nas USF modelo B (40,9%), onde se esperaria, tendo em conta a caracterização descrita anteriormente destas unidades, maiores níveis de satisfação global.

Aspetos como a comunicação, a participação na tomada de decisão, a formação contínua e o desenvolvimento de competências, a capacidade para resolver conflitos entre a equipa, a adequação de recursos e as políticas

organizacionais, conduzem à eficácia e à eficiência, não só da gestão da equipa como dos cuidados de enfermagem prestados, bem como dos objetivos da organização. Estes foram aspetos que Cortese (2007) identificou como fatores que os gestores de enfermagem devem ter em conta, como influenciadores da satisfação no trabalho.

A identificação e avaliação regular dos fatores que contribuem para a satisfação no trabalho pelo enfermeiro gestor é fundamental, nomeadamente para reter enfermeiros com alto nível de especialização (Hayes, Bonner & Pryor, 2010).

Os enfermeiros gestores enfrentam vários desafios na sua gestão diária de recursos e de materiais, ficando esta tarefa facilitada se conseguirem coesão e colaboração de todos os elementos da equipa. Este envolvimento de todos, não só promove o desenvolvimento e desempenho pessoal e profissional, como favorece o ambiente de trabalho, estimulando assim a satisfação e a motivação com consequentes ganhos ao nível da qualidade dos cuidados prestados.

De um ponto de vista geral, torna-se importante promover hábitos que permitam aumentar a importância de componentes motivacionais e diminuir o tempo entre a perceção que adquirimos acerca do grau de satisfação dos enfermeiros e a obtenção de resultados relacionados com os comportamentos de satisfação.

## CONCLUSÃO

No decorrer deste capítulo procuraremos apresentar as principais conclusões deste estudo, assim como algumas limitações e constrangimentos que, sendo condicionantes, podem constituir em si oportunidades de reflexão, perspetivando estudos futuros.

Foi possível constatar a existência de variados estudos nacionais e internacionais que exploraram e refletiram sobre o tema da satisfação profissional, não só dos enfermeiros na área dos CSP e na área hospitalar, mas também com outros profissionais da saúde.

De salientar que os referidos estudos contribuíram grandemente, não só como referência teórica para o nosso trabalho, mas sobretudo para comparação e discussão dos nossos resultados.

O objetivo geral deste trabalho foi avaliar o grau de satisfação profissional dos enfermeiros de um ACES da região de Lisboa, tendo como objetivos específicos, descrever e analisar os níveis de satisfação do ACES em estudo, através do instrumento IASP; compreender a relação entre a satisfação profissional e os fatores sociodemográficos e profissionais e identificar a satisfação profissional dos enfermeiros nas diferentes UF que constituem o ACES.

Dos 221 enfermeiros que exercem funções no ACES em estudo, 187 responderam ao questionário entregue, o que corresponde a uma taxa de resposta de 83,2%. A população-alvo em estudo foi constituída por 184 enfermeiros, tendo em conta os critérios de exclusão descritos anteriormente., o que consideramos uma muito boa adesão ao estudo.

Pensamos que a forte adesão possa estar relacionada com o facto de, por um lado, o estudo ser efetuado por um par profissional, o que foi inovador. Por outro lado, o contacto direto e pessoal com os coordenadores das unidades e a entrega da “urna” fechada para depósito do questionário numa forma confidencial, sossegou os enfermeiros no que diz respeito a algumas angústias ou constrangimentos em responder, temendo eventualmente ser identificado pela direção do agrupamento.

A população-alvo do nosso estudo é essencialmente do sexo feminino e situa-se maioritariamente na faixa etária entre os 45 e 54 anos, o que está de acordo com a profissão. A maioria dos enfermeiros deste ACES tem mais de 15 anos na profissão e é também a maioria que permanece na instituição há mais de 20 anos.

Tendo em conta o instrumento de avaliação utilizado (IASP), suas dimensões, subdimensões e facetas, e tendo em conta o primeiro objetivo específico deste estudo, podemos concluir que a dimensão que apresenta maiores níveis de satisfação é, à semelhança de estudos idênticos, a “Melhoria Contínua da Qualidade”, com um valor médio de resposta de 69,6%. O nível de satisfação com a dimensão “Qualidade Local de Trabalho” é mau com 47,1%, valor refletido essencialmente à custa dos aspetos que se relacionam com os recursos humanos, tecnológicos e financeiros. A perceção dos enfermeiros com “Qualidade da Prestação de Cuidados” é regular (61,4%), apresentando assim valores inferiores a outros estudos nesta dimensão.

Quanto às subdimensões, os valores mais elevados de satisfação dizem respeito à “Moral” com 70,3% e no que se refere às facetas apenas o valor médio de satisfação é bom com “O Responsável”. Nas restantes facetas o valor médio de satisfação situa-se entre o mau e o regular.

Relativamente à “Satisfação Global”, cerca de 90% dos enfermeiros, considera a sua formação adequada ao seu desempenho, também cerca de 87% escolheria de novo o mesmo local de trabalho para desempenhar funções. O mesmo se verifica quando 95% dos enfermeiros recomendaria ou provavelmente recomendaria a sua própria unidade na procura de cuidados de saúde, e finalmente 67% sente-se satisfeito ou muito satisfeito com a instituição onde trabalha.

As opiniões, sugestões e comentários que os enfermeiros evidenciaram nas questões abertas foram agrupadas por categorias e destacam-se preocupações relacionadas com instalações, recursos materiais e de limpeza. São também uma preocupação, questões relacionadas com a política de gestão/equipa e finalmente a questão do reconhecimento enquanto profissional, quer pelos utentes, quer pelos superiores hierárquicos.

Relativamente ao segundo objetivo específico do nosso estudo, a avaliação da satisfação profissional em relação aos fatores sociodemográficos, constatámos que os homens estão menos satisfeitos que as mulheres. No que diz respeito aos fatores idade, situação familiar e formação académica, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas, o que permite dizer que não existe relação direta entre estas variáveis e a satisfação profissional.

Quanto aos fatores profissionais, também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em qualquer dos indicadores.

Tendo em conta o contexto socioeconómico atual, surge uma questão inovadora no questionário, que como já foi explicitado anteriormente, se prende com a intencionalidade de emigrar. Apesar de tudo este estudo revela-nos a não intencionalidade de emigrar (81%). Este dado talvez esteja relacionado com dados que já descrevemos anteriormente, tais como: o grupo etário que prevalece neste ACES, assim como os anos na profissão e na instituição que nos remetem para um contexto profissional estável.

A nova organização dos CSP de 2008 permitiu a criação de diferentes tipologias de UF. Assim, considerámos pertinente perceber se existem diferenças entre as diferentes unidades quanto à satisfação profissional que se apresenta como terceiro objetivo específico deste estudo. Constatámos então que o maior grau de satisfação dos enfermeiros é, como já apurámos anteriormente, na dimensão “Melhoria Contínua da Qualidade” e este é um sentimento transversal a todas as unidades.

Na dimensão “Qualidade Local de Trabalho” realça-se o menor grau de satisfação na USP, apesar de ser a dimensão com menor grau de satisfação de uma forma geral em todas as unidades. Nesta dimensão destacamos o maior grau de satisfação para a subdimensão “Moral” e para a faceta “Responsável. Um dado pertinente é o que nos traduz maior satisfação com o “Responsável” nas UCSP, o que não deixa de ser um resultado a refletir, uma vez que as outras unidades supostamente, escolhem ou nomeiam o seu líder e têm outro tipo de organização.

De referir que o nível global de satisfação da “Qualidade Local de Trabalho” é considerado “mau”, à custa essencialmente das variáveis recursos humanos e recursos tecnológicos e financeiros, resultado inferior ao de outros estudos referidos, Matos (2012) e Mendes (2014) 59.63%, que se revelaram “regular”.

Quanto à dimensão “Qualidade da Prestação de Cuidados” o maior grau de satisfação surge nas USF modelo B, o que poderá estar relacionado com o facto de serem unidades com maior grau de autonomia e com incentivos remuneratórios, o que se torna fator de satisfação.

No que respeita à “Satisfação Global”, os resultados apresentam algumas diferenças entre as unidades, nomeadamente a USP e a ECL, que apresentam um

grau de satisfação global mais baixo. Um dado que merecerá alguma reflexão é o que diz respeito às USF modelo B, que apresentam, ainda assim, o menor grau de satisfação global entre as unidades: UCSP, USF modelo A e B e UCC, o que face ao que já foi referido quanto à organização e características deste tipo de unidades, se torna controverso.

Assim, pensamos que o nosso estudo poderá contribuir para a reflexão sobre os resultados naquilo que se traduz em “Qualidade de Prestação de Cuidados”, uma vez que o grau de satisfação nesta dimensão revelou-se apenas “Regular”.

Importa com certeza perceber se a continuada reforma dos CSP com consequente aglutinação de Agrupamentos noutros de maiores dimensões, em que se perdeu gestão de proximidade com as respetivas implicações, produziram ou não efeitos no que diz respeito à motivação e à perceção que os enfermeiros têm acerca do reconhecimento profissional.

As dificuldades ao nível de recursos humanos e materiais, as expectativas de atualização de carreiras profissionais, a introdução do novo sistema de avaliação (Sistema integrado de gestão e avaliação do desempenho na Administração Pública – SIADAP), a alteração da idade da reforma, a perda de poder ao nível das direções no que se refere às Chefias e Direções de Enfermagem, poderão ser fatores de mudança que inevitavelmente terão repercussão na motivação e na satisfação profissional dos enfermeiros.

É certo que a motivação está fortemente associada ao empenhamento profissional, constituindo por isso fator determinante para a satisfação profissional.

Também os comportamentos de cidadania organizacional acontecem face ao grau de satisfação dos profissionais que por si só é um indicador importante na gestão de recursos humanos, sendo que os comportamentos de cidadania organizacional segundo Organ (1997), são contributos para manter e melhorar os aspetos sociais e psicológicos que podem influenciar o desempenho do trabalhador.

Neste sentido, tendo em conta alguns resultados, menos satisfatórios, o estudo assume também pertinência no que diz respeito à possibilidade de gestores intermédios e superiores adequarem e estabelecerem estratégias de melhoria, envolvendo as pessoas e que contribuam para aumentar o grau de satisfação dos enfermeiros contribuindo para a prática de cuidados de qualidade.

As organizações possuem uma série de características próprias que condicionam a prática dos cuidados positiva ou negativamente (Lake, 2002), e os resultados retratam a reação ou resposta do utente/família às intervenções de enfermagem (Doran, 2011).

Conclui-se assim que a articulação da organização entre o contexto onde esta está inserida e a gestão e a liderança, contribuem grandemente para o *empowerment* dos enfermeiros e para a perceção destes acerca da qualidade dos cuidados prestados.

Naquilo que se pretende do papel do enfermeiro gestor, este deve garantir, uma prática profissional e ética na equipa que lidera, a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, a incrementação de uma gestão da equipa otimizando as respostas às necessidades dos utentes e o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera numa prática baseada na evidência.

É portanto exigido ao enfermeiro gestor um conjunto de competências de gestão e liderança que favoreçam a finalidade dos cuidados e que facilitem a prática da arte do cuidar (Hesbeen, 2001).

Os enfermeiros com funções de gestão devem preparar-se para enfrentar as constantes mudanças tecnológicas, organizacionais e humanas. Delas depende a construção de uma enfermagem mais sólida, com uma gestão sustentada e demonstrada pela evidência, salvaguardando a autonomia profissional e a satisfação dos profissionais que lidera.

Finalmente, esperamos que o nosso estudo contribua para a contínua investigação acerca da satisfação profissional dos enfermeiros, nomeadamente em CSP ao nível nacional, uma vez que alguns resultados levam a crer que assistimos a uma crescente insatisfação profissional neste contexto.

Pertinente seria também, tentar perceber o facto de, na região de Lisboa, os resultados serem reveladores de maior insatisfação que no restante país.

Como limitações ao estudo, gostaríamos de referir a demora em obter autorizações relacionadas com a utilização do instrumento de avaliação e o limitado domínio da língua inglesa.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D., Sochalski, J., Silber, J. (2002). *Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction*. Acedido 10/04/2017. Disponível em [http://www.center4nursing.com/documents/HospitalNurseStaffing\\_Jama2002.pdf](http://www.center4nursing.com/documents/HospitalNurseStaffing_Jama2002.pdf).
- Aiken, L. H., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., Smith, H. L., & Neff, D. (2011). Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *Medical Care*, 49, (12), 1047 – 1053.
- Almalki, M. J., FitzGerald, G., Clark, M. (2012). *The relationship between quality of work life and turnover intention of primary health care nurses in Saudi Arabia*. *Health Services Research*. 1-12.
- Amaral, A. & Ferreira, P. (2013). Influência do Ambiente da Prática nos Resultados dos Cuidados de Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*. Novembro. 66-74.
- Amaral, A., Ferreira, P., Vidinha, T. & Cardoso, M. (2013). A perceção dos enfermeiros acerca do ambiente da prática dos cuidados. *Revista Investigação em Enfermagem*, pp. 75-81.
- Amaral, A. F. S. (2014). *Resultados dos cuidados de enfermagem qualidade e efetividade*. Tese de Doutoramento. Acedido 20-02-2017. Disponível no RCAAP em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/28468/1/Tese%20Ant%c3%b3nio%20Amaral.pdf>.
- Antunes, A. V. & Sant Anna, L. R. (1996). Satisfação e Motivação no Trabalho do Enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília. Vol. 49, nº 3, 425-434.



- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8, 19-32. Acedido em 20/01/2017. Disponível em: [doi.org/10.1080/1364557032000119616](https://doi.org/10.1080/1364557032000119616).
- ARSLVT, IP (2015). Relatório de Atividades. Núcleo de Estudos e Planeamento Lisboa, julho 2016. Acedido em 12/01/2017. Disponível em: [http://www.arslvt.minsaude.pt/uploads/document/file/2583/Relat\\_rio\\_Atividade\\_s\\_2015\\_ARSLVT\\_Final.pdf](http://www.arslvt.minsaude.pt/uploads/document/file/2583/Relat_rio_Atividade_s_2015_ARSLVT_Final.pdf).
- ARSLVT.IP - Plano Estratégico 2011-2013 da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Acedido 15-03-2017. Disponível em: [http://www.arslvt.minsaude.pt/uploads/document/file/6/ARSLVT\\_Plano\\_Estrat\\_gico\\_2011-2013\\_livro.pdf](http://www.arslvt.minsaude.pt/uploads/document/file/6/ARSLVT_Plano_Estrat_gico_2011-2013_livro.pdf).
- Augusto, M. C. B. (2013). *Modelo de Competências dos Enfermeiros com Funções de Gestão em Portugal: Estudo Exploratório*. Instituto Politécnico do Porto. 2013. Tese de Mestrado. Acedido 22/10/2017. Disponível em: <http://recipp.ipp.pt/handle/10400.22/3534>.
- Ayamolowo, S. J., Irinoye, O., Oladoyin, M. A. (2013). *Job Satisfaction and Work Environment of Primary Health Care Nurses in Ekiti State, Nigeria: an Exploratory Study*. *International Journal of Caring Sciences*. September-December. Vol. 6 (3). P. 531-542. Acedido 10/07/2017. Disponível em: <http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/27.%20Ayamolowo%20.pdf>
- Azevedo, R. O. B. (2012). *Satisfação no Trabalho dos Profissionais de Cuidados de Saúde Primários*. Dissertação de Mestrado em Psicologia do Trabalho e das Organizações apresentada a Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Porto. Acedido 15-12-2016. Disponível em: [http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3719/3/DM\\_RosemereAzevedo.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3719/3/DM_RosemereAzevedo.pdf).
- Balsanelli, A. P., & Cunha, I. C. K. O. (2006). Liderança no contexto de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 40 (1), 117- 122.

- Batista, V. L. D., Santos, R. M. F., Santos, P. M. F. & Duarte, J. C. (2010). Satisfação dos Enfermeiros: estudo comparativo em dois Modelos de gestão Hospitalar. *Revista Referência*, II Série, 12, 57-69.
- Barros, P. P., Fragata, J., Ferreira, S., Bilbao, M.; Fragata, I., França, M. (2006). *Risco Clínico, Complexidade e Performance*. Coimbra. Almedina.
- Biscaia, A., Conceição, C., Martins, J. & Ferrinho, P. (2003). Políticas e gestão dos recursos humanos na saúde em Portugal – Controvérsias. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 19, 281-289.
- Biscaia, A. R. (2006). A reforma dos cuidados de saúde primários e a reforma do pensamento. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, v. 22, n. 1, 67-79. Acedido 14/01/2017. Disponível em: <<http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10211>>.
- Bormann, L., Abrahamson, K. (2014). Do Staff Nurse Perceptions of Nurse Leadership Behavior Influence Staff Nurse Job Satisfaction: The Case of a Hospital Applying for Magnet Designation. *JONA. The Journal of Nursing Administration*. Vol. 44, nº 4. 219-225.
- Branco, A. G. & Ramos, V. (2001). *Cuidados de saúde primários em Portugal*. Vol. 2, Pág. 5-8. Acedido 28-09-2016. Disponível em: <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-01-2001.pdf>.
- Brewer, B. & Verran, J. (2013). Measuring Nursing Unit Environments with Four Composite Measures. *Nursing Economics*, 31(5), p. 241-249.
- Buitrago, S. C. C. & Martinez, G. G. (2011). Factores laborales psicosociales y calidad de vida laboral de los trabajadores de la salud de ASSBASALUD E.S.E Manizales (Colombia). *Archivos de Medicina*, 11(2), P.114-126.
- Cagan, O. & Gunay, O. (2015). *The job satisfaction and burnout levels of primary care health workers in the province of Malatya in Turkey*. Vol. 31, nº 3. 543-547. Acedido 15/11/2016. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4485267/>.

- Caetano, S.P. (2010) - *A introdução das novas medidas de gestão nos hospitais EPE e a enfermagem*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Acedido 21-04-2017. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/55385/2/Tese%20Biotica.pdf>.
- Campos, L., Saturno, P. & Carneiro, A.V. (2010). Plano Nacional de Saúde 2011-2016. A Qualidade dos Cuidados e dos Serviços. Acedido a 20-11-2017. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/Q2.pdf>.
- Canavarro, J. (2000). *Teoria e paradigmas organizacionais*. Lisboa. Quarteto.
- Carnegie, D. (2014). *Como mudar com sucesso*. Um guia infalível para lidar e crescer com as mudanças. 1ª edição. Prime Books.
- Carvalho, F.M.C. (2014). *A Satisfação Profissional dos Enfermeiros no Contexto dos Cuidados de Saúde Primários*. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem do Porto, para obtenção do grau de Mestre em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Acedido 03-11-2016. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9467/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20definitiva%20-%20A%20satisfa%C3%A7%C3%A3o%20profissional%20dos%20enfermeiros%20no%20contexto%20dos%20CSP.pdf>.
- Castro, J., Lago, H., Fornelos, M. C., Novo, P., Saleiro, R. M. & Alves, O. (2011). Satisfação profissional dos enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários: O caso do Centro de Saúde de Barcelos/ Barcelinhos. *Revista Portuguesa De Saúde Pública*, 29 (2),157-172.
- Cerdeira, J.M.R. – *Avaliação da Satisfação dos Profissionais do ACES Baixo Vouga II*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro, 2010. Acedido 12/12/2016. Disponível em <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/4247/1/4850.pdf>.
- Chiavenato, I. (2002). *Recursos Humanos*. 7ª Edição. São Paulo: Editora Atlas.
- Chiavenato, I., (2005). *Comportamento Organizacional: a dinâmica do sucesso das organizações*. São Paulo: Editora Campus.

- Choi, S., Cheung, K. & Pang, S. (2013). Attributes of nursing work environment as predictors of registered nurses' job satisfaction and intention to leave. *Journal of Nursing Management*, 21, pp. 429-439. doi:10.1111/j.1365-2834.2012.01415.x.
- Conselho Internacional de Enfermagem, (2000). *Gestão de enfermagem e dos serviços de cuidado de saúde*. Edição Portuguesa Tradução do original inglês «Management of Nursing and Health Care Services» Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 20/06/2017. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri\\_documentacao/ICN\\_TomadasdePosicao\\_versaoINGePT/TP\\_versaoPT/08\\_ManagementNsg\\_Pt\\_revisto\\_IS-LF.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri_documentacao/ICN_TomadasdePosicao_versaoINGePT/TP_versaoPT/08_ManagementNsg_Pt_revisto_IS-LF.pdf).
- Correia, C.; Dias F.; Coelho, M.; Page, P.; Vitorino, P.(2001). Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. Volume temático: 2. 75-82. Acedido em 15/12/2016. Disponível em: <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-07-2001.pdf>.
- Cortese, C. G. (2007). Job Satisfaction of Italian Nurses: an exploratory study. *Journal of Nursing Management*. 15. P. 303-312.
- Costa, P. J. S. (2017). Gestão do conhecimento em organizações de saúde. Um conceito indispensável para a gestão em Enfermagem. *Revista Portuguesa de Gestão & Saúde*. 21. P. 26-28.
- Cunha, M.P., Rego, A., Cunha, R.C., Cardoso, C.C., Neves, P. (2014). *Manual de comportamento organizacional e gestão*. 7ª edição. Lisboa. Editora RH.
- Curtis, E. A. (2007). *Job Satisfaction: a survey of nurses in the Republic of Ireland*. *Internacional Nursing Review*, nº 54. Março. P. 92-99.
- Dale, B. G.; Cooper, C.; Wilkinson, A. (1997). *Managing Quality & Human Resources: A Guide to Continuous Improvement*. Blackwell. Oxford.
- Decreto-Lei n.º 137/2013 - *Diário da República*, 1.ª série - N.º 193. (07-10-2013). 6050-6061.

Dec. Lei nº 28/2008 - *Diário da República*, 1.<sup>a</sup> Série - N.º 38. (22-02-2008). 1182-1189.

Decreto-Lei n.º 73/2017 - *Diário da República*, Série I - N.º 118. (21-06-2017). 3128-3140.

Decreto-Lei nº 248/2009 - *Diário da República*, 1.<sup>a</sup> série - N.º 184 (22-09-2009). 6761-6765.

Decreto-Lei nº 298/2007 - *Diário da Republica*, 1.<sup>a</sup> série – N.º 161 (22-08-2007). 5587-5596.

Delobelle, P., Rawlinson, S.N., Malatsi, I., Decock, R. & Depoorter, A.M.D. (2010). Job satisfaction and turnover intent of primary healthcare nurses in rural South Africa: a questionnaire survey. *Journal of Advanced Nursing*. P. 371-383.

Direção Geral da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004/2010*. Volume II – Orientações Estratégicas. Acedido 24-11-2016. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2015/08/Volume-2-Orienta%C3%A7%C3%B5es-estrat%C3%A9gicas.pdf>.

Direção-Geral da Saúde (2012 a)). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa. Acedido 05-07-2016. Disponível em: [http://pns.dgs.pt/files/2012/02/99\\_7\\_Indicadores\\_e\\_Metas\\_em\\_Saude\\_2013-01-18.pdf](http://pns.dgs.pt/files/2012/02/99_7_Indicadores_e_Metas_em_Saude_2013-01-18.pdf).

Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment*. Vol. 1. Health Administration Press.

Donabedian, A. (1990). *The seven pillars of quality*. Archives of pathology & laboratory medicine. 114(11). 1115-11158.

Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality assurance in Health Care*. New York: Rashid Bashshur. Oxford University Press.

Donabedian, A. (2005). *Evaluating the quality of medical care the Milbank quarterly*. 83. 691-729. Acedido 12-06-2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/>.

- Doran, D. M. (2011). *Nursing Outcomes. The State of the Science*. University of Toronto. Canadá. Jones & Bartlett Learning.
- Drobnič, S., Beham, B. & Präg, P. (2010). *Good Job, Good Life? Working Conditions and Quality of Life in Europe*. Vol. 99 (2). P. 205–225. Acedido 20-10-2017. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11205-010-9586-7>.
- Ferreira, D.F. (2015). Medição da satisfação dos profissionais de saúde: uma aplicação no Agrupamento de Centros de Saúde Feira-Arouca. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 33 (2). 188-198.
- Ferreira, F. M. & Silva, C. (2012). Reformas de gestão na saúde – desafios que se colocam aos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, III série, nº 8, p. 85-93.
- Ferreira, M.M.F. (2012). *Enfermagem: de Nightingale aos dias de 100 anos*. Acedido 21-10-2016. Disponível em: [https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id\\_ficheiro=475](https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=475).
- Ferreira, M. & Sousa, L. (2006). Satisfação no trabalho e comportamentos estratégicos. *Revista Portuguesa de Enfermagem*. Vol. 6, p. 37-46.
- Ferreira, P. L.; Antunes, P. (2009). *Monitorização da satisfação dos profissionais das USF*. Centro de Estudos e Investigação em Saúde, Universidade de Coimbra. Acedido 13-12-2016. Disponível em: [http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/sondagem\\_usf.pdf](http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/sondagem_usf.pdf).
- Ferreira, V. L. A. (2011). *A Satisfação Profissional dos Enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários no Distrito de Braga*. Faculdade de Economia, Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia de Serviços de Saúde. Porto. Acedido 10-09-2016. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/56197/2/DissertaoMestradoVera.pdf>.

- Fonseca, R. M. P. (2014). *Satisfação Profissional nas USF da ARS Centro, Fatores intrínsecos e extrínsecos do trabalho*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, orientada pelo Professor Doutor Pedro Lopes Ferreira e apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para obtenção do grau de Mestre. Coimbra. Acedido 02-10-2016. Disponível em <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/27359>.
- Fortin, M. (2003). *O processo de Investigação, da conceção à realização*. Loures. Lusociência.
- Fradique, M. J., Mendes, L. (2013). Efeitos da liderança na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série, 10, 45-53.
- Fragata, J., Martins, L. (2004) - *O erro em Medicina*. Coimbra. Almedina.
- Franco, M.; Florentim, R. (2006). A satisfação dos utentes em serviços de saúde: um estudo exploratório sobre o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar da Cova da Beira. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. 24, 1, p.21-35. Acedido 15-10-2017. Disponível em: [URL:http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/02.pdf](http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/02.pdf).
- Furtado, C. & Pereira, J. (2010). *Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde*. Escola Nacional de Saúde Pública Universidade Nova de Lisboa. Lisboa.
- Gouzou, M., Karanikola, M., Lemonidou, C., Papathanassoglou, E. & Giannakopoulou, M. (2015). Measuring professional satisfaction and nursing workload among nursing staff at a Greek Coronary Care Unit. *Journal of School of Nursing USP. Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 49: 15-21.
- Graça, L. (2010). Satisfação profissional dos profissionais de saúde: Um imperativo também para a gestão. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(1), P. 3-6. Acedido em 20-09-2017. Disponível em: <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/resumos/vol-1-2010/00-2010.pdf>.



- Guedes, S. C. (2009). *Relação entre qualidade de vida no trabalho e indicadores de satisfação profissional*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Lisboa.
- Hackman, J. & Oldham, G. (1980). *Work Redesign*. New York, Addison-Wesley Publishing Company.
- Hayes, B., Bonner, A., Pryor, J. (2010). Factors contributing to nurse job satisfaction in the acute hospital setting: a review of recent literature. *Journal of Nursing Management*. 18, 804-814.
- Henriques, C.A.G. (2015). *A Satisfação Profissional nas UCC da ARS Centro*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Universidade de Coimbra. Acedido 03-11-2016. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/29713/1/FINALL.pdf>.
- Herzberg, F., Mausner, B., Snyderman, B. B. (1959). *The motivation to work*. New York: Wiley & Sons, p.157.
- Herzberg, F. (2003). *One More Time: How Do You Motivate Employees?* Harvard business review, 81(1), 3-11.
- Hesbeen, Walter (2001). *Qualidade em enfermagem. Pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures. Lusociência.
- Hespanhol, A. P. (2008). Satisfação dos Profissionais do Centro de Saúde São João (2007 e comparação com 2001 a 2006). *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 24, P. 665-70.
- Hill, M. & Hill, A. (2012). *Investigação por Questionário (2ª ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Hinno, S., Partanen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2012). The professional nursing practice environment and nurse-reported job outcomes in two European countries: a survey of nurses in Finland and the Netherlands. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 26(1), pp. 133-143. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00920.x.



- Hollman, D.; Lennartsson, S. & Rosengren, K. (2014). District nurses' experiences with the free-choice system in Swedish primary care. *British Journal of Community Nursing*. Vol 19, No 1, p.30-35.
- Huber, D. (2006). *Leadership and nursing care management* (3ª ed.). Filadélfia: Saunders.
- Irvine, D., Sidani, S., Keatings, M., & Doidged, D. (2002). An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 29-39.
- Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual (2014) Edition.
- Joanna Briggs Institute Reviewers (2015). Manual: 2015 edition/supplement Copyright © The Joanna Briggs Institute 2015. The Joanna Briggs Institute, Methodology for JBI Scoping Reviews.
- Kumar, P., Khan A. M., Inder D., Sharma N. (2013). *Job Satisfaction of Primary Health-Care Providers (Public Sector) in Urban Setting. J Family Med Prim Care*. Jul- Sep. 2(3): 227–233. Acedido 11-08-2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3902677/>.
- Kreps, G. L. (2012). Health communication inquiry and health outcomes. *Comunicação e Sociedade*, NÚMERO ESPECIAL, P. 11-22. Acedido 10-10-2017. Disponível em: <http://revistacomsoc.pt/index.php/comsoc/article/view/1351/1284>.
- Kutney-Lee, A., Wu, E. S., Sloane, D. M., Aiken, L. H. & Fagin, C. M. (2013). Changes in Hospital Nurse Work Environments and Nurse Job Outcomes: An Analysis of Panel. HHS Public Access. Acedido 10-09-2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3589738/>.
- Lake, E. (2002). *Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index*. Research in Nursing & Health. 25, p. 176-188.
- Lake, E. (2002). *Measuring Clinical Nursing Expertise for Outcomes Research*. Paper presented to the State Of The Science Congress. Washington, DC.

- Lake, E. & Friese, C. (2006). Variations in nursing practice environments: Relations to staffing and hospital characteristics. *Nursing Research*. 55(1). P.1-9.
- Legido-Quigley, H., McKee, M., Nolte, E. & Glinos, I. (2008). Assuring the quality of health care in the European Union: a case for action. Copenhagen: World Health Organization & European Observatory on Health Systems and Policies.
- Lei n.º 48/90 de 24 de Agosto (1990). Lei de Bases da Saúde. *Diário da República I Série*, n.º 195, (24-08-1990). 3452-3459.
- Lisboa, J., Coelho, A., Coelho, F., Almeida, F. (2011). *Introdução à Gestão de Organizações*. Porto. 3ª Edição, Editora Vida Económica.
- Locke, E. (1969). *What is job satisfaction? Organization Behavior and Human Performance*. Vol. 4, nº 4, p. 309-336. Acedido 18-11-2016. Disponível em: <URL<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0030507369900130>>.
- Maia, N.D.O. (2012). *Satisfação em Enfermagem: comparação entre setor público e privado*. Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Administração e Gestão Pública. Aveiro. Departamento de Ciências Sociais, Políticas e do Território. Disponível em: <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/8792/1/6153.pdf>.
- Maroco, J. & Garcia, T. (2006). *Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?* Laboratório de Psicologia, 4 (1): 65-90. I.S.P.A. Marques Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Portugal. Disponível em: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/lp/article/viewFile/763/706>.
- Marqueze, E. C., Moreno, C. R. C. (2005). Satisfação no trabalho – uma breve revisão. *Revista Brasileira de saúde Ocupacional*, São Paulo, 30 (112), 69-79.
- Martinez, M. C., Paraguay, A. I. B. B. (2003). *Work satisfaction and health at work – on theoretical framework and method*. Cadernos de Psicologia Social do Trabalho. Versão impressa ISSN 1516-3717. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cpst/v6/v6a05.pdf>.

- Martinez, M., Paraguay, A., Latorre, M. (2004). Relação entre a satisfação com os aspetos psicossociais e saúde dos trabalhadores. *Revista de Saúde Pública*. Vol. 38, nº 1, p. 55-61. Acedido 12-11-2016. Disponível em [www:\[url:http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n1/18452.pdf\]\(http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n1/18452.pdf\)](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n1/18452.pdf).
- Martins, S. - Satisfação Profissional dos Enfermeiros (2003) - *Estudo exploratório em enfermeiros de Centros de Saúde e de Hospitais*. Porto: Universidade do Porto. Dissertação de mestrado. Disponível em: [www: <url:http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/53606/2/71049.pdf>](http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/53606/2/71049.pdf).
- Matos, E. & Pires, D. (2006). Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*. 15. (3). 508-514. Acedido 12-09-2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072006000300017>.
- Matos, V. M. M. A. (2012). *Monitorização da Satisfação Profissional num Agrupamento de Centros de Saúde da Região Centro*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde, apresentada à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para a obtenção do grau de Mestre. Universidade de Coimbra. Acedido 29-12-2016. Disponível em: [https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/21497/1/Vitor Albergaria Matos Disserta%C3%A7%C3%A3o Mges 2012.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/21497/1/Vitor_Albergaria_Matos_Disserta%C3%A7%C3%A3o_Mges_2012.pdf)
- Matsuda, L.& Évora, Y. - Ações desenvolvidas para a satisfação no trabalho da equipa de enfermagem de uma UTI adulto. *Ciência, Cuidado e Saúde*. Vol. 5 (2006), p. 49-56. Acedido 12-02-2017. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5154/3339>
- McHugh, D. & Stimpfel, A. (2012). Nurse reported quality of care: A measure of hospital quality. *Research in Nursing & Health*, 35(6), pp. 566–575. doi:10.1002/nur.21503.
- McSherry, R., Pearce, P., Grimwood, K. & McSherry, W. (2012). The pivotal role of nurse managers, leaders and educators in enabling excellence in nursing care. *Journal of Nursing Management*, 20 (1), pp. 7-19. Doi:10.1111/j.1365-2834.2011.01349.x.

- Mendes, A. P. C. (2014). *Satisfação Profissional dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários do ACES Baixo Mondego II*. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária. Coimbra. Acedido 14-06-2017. Disponível em: <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=33416>.
- Mendes, V. M. P. (2012). *Qualidade no Serviço Nacional de Saúde: Evolução recente e perspectivas futuras*. Mestrado em Gestão da Saúde. Trabalho de Projecto apresentado à Escola Nacional de Saúde Pública - Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/9400/3/RUN%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Vanessa%20Mendes.pdf>.
- Mezomo, J. C. (2001). *Gestão da Qualidade na saúde – Princípios básicos*. 19ª Ed. São Paulo. Manole.
- Moneke, N., Umeh, O. J. (2013). How leadership behaviors impact critical care nurse job satisfaction. Performance potential. Acedido 10-09-2017. Disponível em: [www.nursingmanagement.com](http://www.nursingmanagement.com).
- Munyewende, P. O., Rispel, L. C. & Chirwa, T. (2014). *Positive practice environments influence job satisfaction of primary health care clinic nursing managers in two South African provinces*. *Human Resources for Health*. 12-27. Acedido 02-09-2016. Disponível em: <http://www.human-resources-health.com/content/12/1/27>.
- Nelson, E., Larson, C., Hays, R., Nelson, S., Ward, D., & Batalden, P. (1992). *The physician and employee judgment system: reliability and validity of a hospital quality measurement method*. *Quality review bulletin*, 18(9), 284-292.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde (2003). *Evolução do Sistema de Saúde*. Rede de Investigadores do OPSS. Acedido 24-08-2017. Disponível em: <http://www.opss.pt/node/141>.

Ordem dos Enfermeiros (2000). *Gestão de Enfermagem e dos Serviços de cuidado de saúde*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido 20-08-2017. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri\\_documentacao/ICN\\_TomadasdePosicao\\_versaoINGePT/TP\\_versaoPT/08\\_ManagementNsg\\_Pt\\_revisto\\_IS-LF.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/relacoesinternacionais/gri_documentacao/ICN_TomadasdePosicao_versaoINGePT/TP_versaoPT/08_ManagementNsg_Pt_revisto_IS-LF.pdf)>.

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Divulgar. Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2003) *Do caminho Percorrido e das Propostas – Conselho de Enfermagem*. Lisboa.

Ordem Dos Enfermeiros (2004). *As Condições de Trabalho dos Enfermeiros Portugueses*. Lisboa. ISBN:972-99646-1-0.

Ordem dos Enfermeiros. (2004). *Suplemento da revista nº 13*. Julho. Acedido 11-05-2017. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe\\_13\\_julho\\_2004\\_suplemento.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe_13_julho_2004_suplemento.pdf).

Ordem dos Enfermeiros (2007). *Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde* Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde P.1-16.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento de Idoneidade Formativa dos Contextos de Prática Clínica*. P. 1-14. Acedido 02-06-2017. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_IdoneidadeFormativa\\_AG29Maio2010\\_VCorrecta\\_25Jun2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_IdoneidadeFormativa_AG29Maio2010_VCorrecta_25Jun2010.pdf).

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Estrutura de Idoneidades*. Acreditação da Idoneidade Formativa do Contexto de Prática Clínica. Instrução de trabalho nº 4.1.1.A. Acedido 02-06-2017. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/MDPITs/Dimensao\\_04/IT\\_4\\_1\\_1\\_A\\_I\\_v001.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/MDPITs/Dimensao_04/IT_4_1_1_A_I_v001.pdf).

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Conselho de Enfermagem Regional. Secção Regional Sul da Ordem dos Enfermeiros. Acedido 14-08-2017. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/informacao/Documents/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SR%20S.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2014). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor*. Acedido 29-05-2016. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento do Perfil de Competencias do Enfermeiro Gestor.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20do%20Perfil%20de%20Competencias%20do%20Enfermeiro%20Gestor.pdf).

Organ, D. W. (1997). Organizational citizenship behavior: It's construct clean-up time. *Human Performance*, 10(2). P. 85-97.

Parreira, P. (2005). *As Organizações*. Formasau – Formação e Saúde, Lda. Coimbra.

Paulo, G. N. N. (2003). *Satisfação dos profissionais de saúde – Avaliação em dois modelos de gestão hospitalar*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Peres, A., Freitas, L., Calixto, R., Riera, J. & Quiles, A. (2013). Conceções dos enfermeiros sobre planeamento, organização e gestão de enfermagem na atenção básica: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (10), 153-160. DOI: 10.12707/RIII1257

Periard, G. (2011). *A hierarquia de necessidades de Maslow – O que é e como funciona*. Acedido 11-10-2016. Disponível em: <http://www.sobreadministracao.com/a-piramide-hierarquia-de-necessidades-de-maslow/>.

Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais: a Complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

- Pisco, L. & Biscaia, J. L. (2001). Qualidade de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. Temático: 2. 43-51. Acedido 07-10-2016. Disponível em: <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-04-2001.pdf>.
- Pisco, L. (2007). *A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários*. *Cadernos de Economia*. 1-66. Acedido 10-09-2016. Disponível em: [http://www2.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/9A05F533-B7AE-4256-9F80-7FDD3E7C4FC7/0/CE80Luis\\_Pisco.pdf](http://www2.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/9A05F533-B7AE-4256-9F80-7FDD3E7C4FC7/0/CE80Luis_Pisco.pdf).
- Pisco, L. (2011). *Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autónomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde*. *Ciencia & Saúde Coletiva*. 16(6).2841-2852. Acedido 09-10-2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/22>.
- Pisco, L. (2013). *Conferência: Reforma dos Cuidados de Saúde Primários – Reconfiguração dos Centros de Saúde, intervenção do Ministro da Saúde Correia de Campos*. Disponível em WWW:<URL:<http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/discursos+e+intervencoes/arquivo/reforma+csp.htm>>.
- Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 Despacho nº 1400-A/2015. (10 de Fevereiro de 2015). *Diário da República*, 2.<sup>a</sup> série, Nº 28, 3882(2)-3882(10).
- Prochnow, A. G.; Leite, J. L.; Erdmann, A. L. & Trevizan, M. A. (2007). O conflito como realidade e desafio cultural no exercício da gerência do enfermeiro. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. 41(4):542-550. Acedido 11-12-2016. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/41653/45262>.
- Pron, A. L. (2013). Job satisfaction and perceived autonomy for nurse practitioners working in nurse-managed health centers. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 25, 213–221.



- Regulamento n.º 101 de 10 de Março (2015). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. *Diário da República*, II Série, N.º 48 (10-03-2015) 5948-5952.
- Reis, V. P. (2004). Gestão em saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. 22, Nº 1, p. 7-17.
- Ribeiro, J. L. P. (2010). *Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa. Placebo. Editora Lda.
- Ribeiro, M.C.F.S. (2014). *Satisfação no Trabalho dos Enfermeiros de um Agrupamento de Centros de Saúde*. Dissertação de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Acedido 03-11-2016. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9541/1/Tese%20Final%20Candida%20Santos.pdf>.
- Robbins, S. P. & Judge, T. A. (2007). *Organizational behavior* (12ª ed.). New Jersey, NJ: Pearson Prentice Hall.
- Rodrigues, C., Sousa, J., Alves, A., Gomes, A. T. & Silva, C. (2005). *Desafios do Movimento da Qualidade ao Sistema e às Organizações que Promovem o Emprego e a Empregabilidade das Pessoas com Deficiência*. Realizado no âmbito do projeto “GESQUAL – Modelo de Gestão da Qualidade do Sistema de Reabilitação Profissional de Pessoas com Deficiência”, IEFP. Disponível em: <http://www.crpq.pt/investigacao/Documents/colecao/desafios-movimento-030706.pdf>.
- Sá, A. I. G. (2014). *Satisfação Profissional dos Enfermeiros do Aces - Um indicador de Gestão*. Dissertação Académica no âmbito do Curso de Mestrado em Direção e Chefias de Serviços de Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Acedido 12-02-2017. Disponível em: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9468/1/Teste\\_Dezembro.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9468/1/Teste_Dezembro.pdf).
- Sale, D. (1998). *Garantia da Qualidade nos Cuidados de Saúde, para os profissionais da Equipa de Saúde*. 1ª Edição Lisboa. Principia. Publicações Universitárias e Científicas.



- Santana, R. & Costa, C. (2008). *A integração vertical de cuidados de saúde: aspectos conceptuais e organizacionais*. Vol. 7, (29-56).
- Santos, S.M.N.P., (2016). *A Satisfação Profissional dos Enfermeiros de Reabilitação*. Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Acedido 10-10-2016. Disponível em: [http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1460/1/Sofia\\_Santos.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1460/1/Sofia_Santos.pdf).
- Santos, S. P. (2015). *A Relevância dos Custos da Qualidade nas PME Portuguesas*. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Escola de Ciências Económicas e das Organizações. Acedido 20-11-2017. Disponível em: <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/7180/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf?sequence=1>.
- Serviço Nacional de Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde. IP. (2017). *Otimizar Recursos. Gerar eficiência*. Modelos organizacionais. Acedido 23-08-2017. Disponível em: <http://www2.acss.min-saude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oeFinanciamentoPrestSa%C3%BAdede/CSa%C3%BAdedePrim%C3%A1rios/CuidadosdeSa%C3%BAdedePrim%C3%A1rios/ACES/USF/modelosorganizacionais/tabid/771/language/pt-PT/Default.aspx>.
- Serviço Nacional de Saúde. ARSLVT.IP. *Unidades Cuidados na Comunidade*. Acedido 06-02-2017. Disponível em: <http://www.arslvt.min-saude.pt/pages/425>.
- Serviço Nacional de Saúde (2015). "OCDE, *Serviço Nacional de saúde respondeu bem à crise, mas é preciso apostar mais nos cuidados primários*". Acedido 04-01-2017. Disponível em: <http://observador.pt/2015/05/27/ocde-diz-que-sistema-de-saude-portugues-respondeu-bem-a-crise-financeira/>.
- Sidani, S., Manojlovich, M., Doran, D., Fox, M., Covell, CL., Kelly, H., Jeffs, L., McAllister, M. (2016). Nurses' Perceptions of Interventions for the Management of Patient-Oriented Outcomes: A Key Factor for Evidence-Based Practice. 13(1):66-74. doi: 10.1111/wvn.12129.
- Spector, P. E. (2012). *Psicologia nas organizações*. 4ª Edição. Editora Saraiva.

- Soares, J. M. (2007). *Satisfação geral no trabalho dos enfermeiros: clima organizacional e características pessoais*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro.
- Tavares, O. M. C. (2008). *Avaliação da Satisfação de Profissionais de Saúde no Serviço de Imagiologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra*. Dissertação de Mestrado Gestão e Economia da Saúde. Faculdade de Economia. Universidade de Coimbra. Acedido 15-12-2016. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/9700/1/Avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20Satisfa%C3%A7%C3%A3o%20de%20Profissionais%20de%20Sa%C3%BAde.pdf>.
- Teixeira, S. (2013). *Gestão das Organizações*. 3ª Edição. Lisboa. Editora Escolar.
- Torrente, S. G., Beltrán, J. P., Veny, M.B., Barceló, R. A., Asencio, J.M.M. & Gómez, J.P. (2012). *Perception of evidence-based practice and the professional environment of Primary Health Care nurses in the Spanish context: a cross-sectional study*. BMC Health Services Research 2012, 12:227. Acedido 11-10-2017. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/227>.
- Trevizan, M., Mendes, I., Fávero, N. & Melo, M. (1998). Liderança e Comunicação no cenário da gestão em enfermagem. *Revista Latino-americana enfermagem*. 6. (5). 77-82.
- Valente, J. P. O. (2013). *Satisfação Profissional dos Enfermeiros de um Hospital da Região Centro*. 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Instituto Politécnico de Viseu. Escola Superior de Saúde de Viseu. Acedido 07-12-2016. Disponível em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/2059/1/VALENTE%2C%20Jo%C3%A3o%20Pedro%20Oliveira%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado.pdf>.
- Van Bogaert, P., Clarke, S., Roelant, E., Meulemans, H. & Van de Heyning, P. (2010). Impacts of unit-level nurse practice environment and burnout on nurse-reported outcomes: a multilevel modelling approach. *Journal of Clinical Nursing*, 19, pp. 1664–1674. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03128.x.

Versão portuguesa da EN ISO 9001 (2008). *Sistemas de gestão da qualidade, Requisitos*. Instituto Português da Qualidade. 3ª Edição. Acedido 17-10-2016. Disponível em: [https://www.mar.mil.br/cpce/Arquivos/ISO\\_9001-2008.pdf](https://www.mar.mil.br/cpce/Arquivos/ISO_9001-2008.pdf).

Vilelas, J. (2009). *Investigação. O Processo de Construção do Conhecimento*. Lisboa. Edições Sílabo.

Wade, G. H. (1999). Professional nurse autonomy: concept analysis and application to nursing education. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 30, nº 2, p. 310-318.


Zangaro, G. & Soeken, K. (2007). A meta-analysis of studies of nurses' job satisfaction. *Research in Nursing & Health* 30 (4), 445-458.

## **ANEXOS**

## **ANEXO 1:** Instrumento de Avaliação – Questionário IASP



## Satisfação Profissional dos Enfermeiros do ACeS

Bem-vindo/a ao inquérito de satisfação profissionais dos enfermeiros do ACeS , projeto do Centro de Estudos e Investigação em Saúde (CEISUC) e da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

Este questionário contém perguntas que nos ajudarão a compreender a imagem que os enfermeiros têm sobre o seu contexto de prática clínica neste ACeS.

Por favor, demore o tempo que entender por forma a responder completamente às perguntas colocadas. A sua honestidade no preenchimento deste questionário é-nos essencial.

Sendo este questionário anónimo, garantimos a completa confidencialidade dos dados que nos fornecer. Assim, nunca ninguém poderá vir a ser identificado a partir dos resultados deste inquérito.

Obrigado por partilhar connosco a sua opinião

### DADOS SOBRE AS SUAS FUNÇÕES NA UNIDADE DE SAÚDE

1. Indique a instituição onde exerce a sua atividade principal, isto é, onde desempenha funções a tempo total ou a maior parte do tempo:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <sub>01</sub> UCSP           | <input type="checkbox"/> <sub>04</sub> UCC                |
| <input type="checkbox"/> <sub>02</sub> USF – Modelo A | <input type="checkbox"/> <sub>05</sub> USP                |
| <input type="checkbox"/> <sub>03</sub> USF – Modelo B | <input type="checkbox"/> <sub>06</sub> ECL                |
|   | <input type="checkbox"/> <sub>07</sub> Outra. Qual? _____ |

2. Quantas horas trabalha, em média, por semana nesta instituição? \_\_\_\_\_ horas.

3. Aproximadamente há quanto tempo trabalha  
na sua instituição principal? \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses  
e na saúde? \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses

4. Desempenha funções noutra instituição em regime de acumulação? ☐<sub>1</sub> Sim ☐<sub>2</sub> Não

5. Se SIM, quantas horas trabalha, em média, por semana nesta instituição? \_\_\_\_\_ horas.

e em que área? ☐<sub>1</sub> Cuidados de enfermagem ☐<sub>2</sub> Formação ☐<sub>3</sub> Outra, Qual? \_\_\_\_\_



## A QUALIDADE DO SEU LOCAL DE TRABALHO ONDE EXERCE A SUA ATIVIDADE PRINCIPAL

Pense no/a Responsável do seu contexto de prática clínica, a pessoa que diretamente lhe distribui as tarefas, avalia o seu desempenho ou a quem deve apresentar os problemas. Como é que classificaria essa pessoa nos seguintes itens?

## 6. O/A RESPONSÁVEL

	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
a. ABERTURA: abertura e disponibilidade revelada para consigo	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
b. RAZOABILIDADE: justo e razoável para si e para os outros.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
c. INOVAÇÃO: permite-lhe experimentar novas formas de executar o seu trabalho.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
d. LIBERDADE: liberdade e responsabilidade que lhe é dada para tomar decisões quando necessário.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
e. ATITUDE POSITIVA: diz quando algo é bem feito.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
f. ATITUDE CONSTRUTIVA: diz quando e como o seu trabalho pode ser melhorado.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
g. INVESTIMENTO NA QUALIDADE: esforço despendido pelo/a Responsável para melhorar a qualidade.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
h. APOIO: forma como o/a Responsável o/a apoia perante os outros quando necessita.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
i. EXPECTATIVAS: informação sobre como as coisas devem ser feitas e quais as regras.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
j. CONHECIMENTOS: experiência e conhecimentos do/a Responsável sobre o seu desempenho.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
k. CIRCULAÇÃO DA INFORMAÇÃO: informação adequada e a tempo.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

## 7. O SEU CONTEXTO DE PRÁTICA E O EQUIPAMENTO

	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
a. LIMPEZA: nível de limpeza das salas de consulta, de tratamento ou outras e equipamento.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
b. SEGURANÇA: nível de segurança das salas e equipamentos (roubo, segurança física).	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
c. ORGANIZAÇÃO DO ESPAÇO: forma como o seu contexto de prática clínica se encontra organizado para que consiga trabalhar de forma adequada.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
d. EQUIPAMENTO: disponibilidade de bom equipamento.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

## 8. RECURSOS HUMANOS

	Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
a. CONTINUIDADE DO PESSOAL: estabilidade da equipa do seu contexto de prática clínica.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
b. PROPORÇÃO HIERÁRQUICA: relação entre o número de pessoas com funções de coordenação e de supervisão e com funções de execução.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
c. NÚMERO DE PROFISSIONAIS: adequação entre o número de profissionais do serviço e a quantidade de trabalho.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

**9. RELACIONAMENTO ENTRE EQUIPAS E PROFISSIONAIS**

Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
-----------	-----------	-----	---------	-----	---------------

- a. **TRABALHO DE EQUIPA:** *forma como os vários contextos colaboram com o seu contexto de prática clínica.*
- b. **COMUNICAÇÃO:** *forma como é feita a comunicação entre profissionais.*

<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>

**10. ESTADO DE ESPÍRITO NO LOCAL DE TRABALHO**

Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
-----------	-----------	-----	---------	-----	---------------

- a. **DOS OUTROS:** *forma como pensa ser encarado/a pelos outros pelo facto de trabalhar neste contexto.*
- b. **DO SEU:** *forma como encara o facto de trabalhar neste contexto de prática clínica.*

<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>

**11. COMO CARACTERIZA O SEU VENCIMENTO EM RELAÇÃO...**

Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
-----------	-----------	-----	---------	-----	---------------

- a. ... à sua responsabilidade na Unidade de Saúde
- b. ... à sua experiência como profissional
- c. ... ao seu desempenho na Unidade de Saúde

<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>

**12. ÓRGÃOS DE GESTÃO E POLÍTICA DO ACES**

Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
-----------	-----------	-----	---------	-----	---------------

- a. **RECONHECIMENTO DOS ÓRGÃOS DE DIRECÇÃO:** *forma como os órgãos de direcção tratam, apreciam e apoiam os profissionais.*
- b. **COMUNICAÇÃO:** *forma como os órgãos de direcção comunicam e dialogam com os profissionais.*
- c. **QUEIXAS E OBJECÇÕES:** *forma como os órgãos de direcção lidam com as queixas dos profissionais.*
- d. **PLANIFICAÇÃO DE ACTIVIDADES:** *forma como os órgãos de direcção informam os profissionais acerca dos projetos e objetivos do seu contexto de prática clínica.*

<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>

**A QUALIDADE DA PRESTAÇÃO DOS CUIDADOS**
**13. Como classifica a qualidade dos cuidados que este seu contexto de prática clínica presta aos utentes**

Excelente	Muito Bom	Bom	Regular	Mau	Não se aplica
-----------	-----------	-----	---------	-----	---------------

- a. **ATENDIMENTO:** *facilidade no processo de atendimento dos doentes, incluindo o tempo despendido.*
- b. **COORDENAÇÃO DOS CUIDADOS:** *trabalho de equipa de todos os profissionais do seu contexto de prática clínica na prestação de cuidados de saúde aos utentes.*
- c. **CAPACIDADE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE:** *forma como os profissionais de saúde desempenham as suas funções.*

<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>
<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>6</sub>



- |  |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |                                       |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| d. <b>SENSIBILIDADE:</b> <i>sensibilidade dos profissionais em relação aos problemas e preocupações dos utentes.</i>                                     | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> |
| e. <b>CONDIÇÕES DAS INSTALAÇÕES:</b> <i>limpeza, conforto, iluminação e temperatura das instalações do seu contexto de prática clínica.</i>              | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> |
| f. <b>INFORMAÇÕES:</b> <i>forma como os utentes são informados acerca da sua doença e do tratamento e do que fazer após a alta.</i>                      | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> |
| g. <b>CUSTO DOS CUIDADOS:</b> <i>capacidade do seu contexto de prática clínica em ter informação e em controlar os custos com os cuidados prestados.</i> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> |

#### MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

14. Este próximo grupo de perguntas servirá para avaliar a forma como o seu contexto de prática clínica está a caminhar na melhoria da qualidade. Por favor responda tendo em atenção o seu contexto de prática clínica e a organização em que se insere.

- |  | Excelente                             | Muito Bom                             | Bom                                   | Regular                               | Mau                                   | Não se aplica                         |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| a. <b>MELHORIA DA QUALIDADE:</b> <i>esforço do seu contexto de prática clínica na melhoria contínua, na relação com os doentes e profissionais.</i>      | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> |
| b. <b>BEM À PRIMEIRA VEZ:</b> <i>forma como o seu contexto de prática clínica <u>tenta fazer</u> bem à primeira, em vez de corrigir os erros depois.</i> | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> |
| c. <b>CONHECIMENTOS SOBRE QUALIDADE:</b> <i>forma como foi preparado/a para melhorar a qualidade no seu contexto de prática clínica.</i>                 | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> |
| d. <b>AMBIENTE DE TRABALHO:</b> <i>confiança e afeto que os profissionais do seu contexto de prática clínica têm uns pelos outros.</i>                   | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> |
| e. <b>DIMINUIR O DESPERDÍCIO:</b> <i>esforço desenvolvido no sentido de evitar desperdícios e repetição de tarefas.</i>                                  | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> |
| f. <b>PARTILHA DE IDEIAS:</b> <i>encorajamento e partilha de ideias que permitam melhorar o seu contexto de prática clínica.</i>                         | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> |
| g. <b>ORGULHO DA PROFISSÃO:</b> <i>orgulho que sente no desempenho de funções da sua profissão.</i>  | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> |
| h. <b>EXPECTATIVAS NA QUALIDADE:</b> <i>compreensão da missão e dos objetivos da sua Unidade de Saúde e as suas expectativas de qualidade.</i>           | <input type="checkbox"/> <sub>5</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>4</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>3</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>2</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>1</sub> | <input type="checkbox"/> <sub>6</sub> |

## SATISFAÇÃO GLOBAL

16. Sente que a sua formação (profissional e académica) é a adequada para desempenhar o seu trabalho?

- ☐<sub>1</sub> Claro que sim  
☐<sub>2</sub> Provavelmente sim  
☐<sub>3</sub> Provavelmente não  
☐<sub>4</sub> Claro que não

Se não, indique por favor as razões \_\_\_\_\_

17. Se pudesse voltar atrás, escolheria de novo este contexto de prática clínica para trabalhar?

- ☐<sub>1</sub> Claro que sim  
☐<sub>2</sub> Provavelmente sim  
☐<sub>3</sub> Provavelmente não  
☐<sub>4</sub> Claro que não

Se não, indique por favor as razões \_\_\_\_\_

18. Recomendaria os serviços deste contexto de prática clínica a familiares ou a amigos, caso necessitassem de cuidados?

- ☐<sub>1</sub> Claro que sim  
☐<sub>2</sub> Provavelmente sim  
☐<sub>3</sub> Provavelmente não  
☐<sub>4</sub> Claro que não

Se não, indique por favor as razões \_\_\_\_\_

19. Recorreria a este contexto de prática clínica caso necessitasse de cuidados?

- ☐<sub>1</sub> Claro que sim  
☐<sub>2</sub> Provavelmente sim  
☐<sub>3</sub> Provavelmente não  
☐<sub>4</sub> Claro que não

Se não, indique por favor as razões \_\_\_\_\_

20. Atualmente, qual é o seu grau de satisfação nesta instituição?

- ☐<sub>1</sub> Muito insatisfeito/a  
☐<sub>2</sub> Insatisfeito/a  
☐<sub>3</sub> Nem satisfeito/a nem insatisfeito/a  
☐<sub>4</sub> Satisfeito/a  
☐<sub>4</sub> Muito satisfeito/a

Se não, indique por favor as razões \_\_\_\_\_

## RECOMENDAÇÕES E SUGESTÕES

21. Na sua opinião, como se poderia melhorar os serviços prestados pelo seu contexto de prática clínica?

Por fim agradecemos que nos fornecesse alguns dados a seu respeito, apenas para fins estatísticos.

22. Qual é o seu sexo? ☐<sub>1</sub> Masculino ☐<sub>2</sub> Feminino
23. Qual é a sua idade? \_\_\_\_\_ anos
24. Qual é a sua situação familiar?
- ☐<sub>1</sub> Solteiro/a
- ☐<sub>2</sub> Casado/a ou em união de facto
- ☐<sub>3</sub> Viúvo/a
- ☐<sub>4</sub> Separado/a ou divorciado/a
25. Quantas pessoas constituem o seu agregado familiar, contando consigo? \_\_\_\_\_
26. Quantos filhos tem? \_\_\_\_\_
27. De que forma é que o seu rendimento familiar é suficiente para as necessidades do seu agregado familiar e da sua formação?
- ☐<sub>1</sub> Mais do que suficiente
- ☐<sub>2</sub> Suficiente
- ☐<sub>3</sub> Insuficiente
28. Que nível máximo de ensino é que completou em termos de formação académica?
- ☐<sub>1</sub> Bacharelato
- ☐<sub>2</sub> Licenciatura
- ☐<sub>3</sub> Pós-Graduação
- ☐<sub>4</sub> Mestrado
- ☐<sub>5</sub> Doutoramento
- ☐<sub>6</sub> Outro. Qual? \_\_\_\_\_
29. Qual é a sua categoria profissional?
- ☐<sub>1</sub> Enfermeiro/a Supervisor/a
- ☐<sub>2</sub> Enfermeiro/a Chefe
- ☐<sub>3</sub> Enfermeiro/a Especialista
- ☐<sub>4</sub> Enfermeiro/a com Especialidade
- ☐<sub>5</sub> Enfermeiro/a Graduado
- ☐<sub>6</sub> Enfermeiro/a
30. Já emigrou ou pensou em emigrar?
- ☐<sub>1</sub> Já emigrei e regressei a Portugal
- ☐<sub>2</sub> Estou a preparar-me para emigrar
- ☐<sub>3</sub> Não pensei em emigrar

MUITO OBRIGADO PELO TEMPO E APOIO DISPENSADO AO PREENCHER ESTE QUESTIONÁRIO.  
POR FAVOR VERIFIQUE SE RESPONDEU A TODAS AS PERGUNTAS OPCIONAIS.

## **ANEXO 2:** Autorização da Direção Executiva do ACES para a realização do estudo

Ex.ª Sra. Diretora Executiva do ACES [redacted]

**ASSUNTO:** Pedido de autorização para o desenvolvimento do estudo no âmbito de Dissertação de Mestrado de Gestão em Enfermagem, com respetiva aplicação de questionário aos profissionais de enfermagem.

Maria Helena Pires Correia Rabaça, enfermeira, a exercer funções no ACES [redacted] na UCC [redacted], vem pelo presente solicitar autorização para o desenvolvimento do estudo sobre "Satisfação Profissional dos Enfermeiros", no âmbito do Curso de Mestrado de Gestão em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Para o referido estudo será aplicado um questionário desenvolvido pelo Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra, que junto em anexo para a devida apreciação. Este trabalho é orientado pelo Prof. Doutor Pedro Bernardes Lucas da ESEL. O referido estudo irá desenvolver-se no ACES [redacted], sem qualquer implicação económica para a organização e os dados serão objeto da devida confidencialidade.

Pede deferimento,

[redacted] 28 de Novembro de 2016

Maria Helena Pires Correia Rabaça

*Maria Helena Pires Correia Rabaça*

### **ANEXO 3:** Autorização do Autor do Instrumento

RE: IASP para estudos na [REDACTED] ACES [REDACTED]

Página 1 de 2

**Data:** Dom, 18 Dez 2016 [17:58:55 WET]**De:** Pedro Lopes Ferreira <pedrof@fe.uc.pt>**Para:** helenarabaca@sapo.pt**Cc:** 'Teresa Maria Ferreira Dos Santo Potra' <tsantos@esel.pt>, 'Pedro Ricardo Martins Bernardes Lucas' <prlucas@esel.pt>, 'CLAUDIA ISABEL NEVES PACHECO DA SILVA' <claudiasilva1@campus.esel.pt>**Assunto:** RE: IASP para estudos na [REDACTED] e ACES [REDACTED]

Cara Enfª Maria Helena Rabaça,

Tenho todo o prazer em autorizar a utilização do questionário IASP (Instrumentos de Avaliação da Satisfação Profissional) para utilizar no seu estudo com enfermeiros do ACES [REDACTED]

Anexo também uma primeira versão do questionário e agradeço que o reveja e que me informe de quaisquer sugestões de alteração que considere necessárias.

Melhores cumprimentos.

Pedro L Ferreira

**Pedro Lopes Ferreira**  
Prof. Associado com Agregação  
[pedrof@fe.uc.pt](mailto:pedrof@fe.uc.pt)

Av. Dias da Silva, 165  
3004-512 Coimbra - Portugal  
Tel: +351 239 790 552 / 507  
Fax: +351 239 790 514



FEUC - FACULDADE DE ECONOMIA  
CEISUC - CENTRO DE ESTUDOS E INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA



Sent: 9 de dezembro de 2016 17:34

To: pedrof@fe.uc.pt

Cc: helenarabaca@sapo.pt; Teresa Maria Ferreira Dos Santo Potra <tsantos@esel.pt>; Pedro Ricardo Martins Bernardes Lucas <prlucas@esel.pt>

Subject: IASP para estudos na [REDACTED] e ACES [REDACTED]

Boa tarde Professor Pedro Lopes Ferreira,

Na sequência da reunião ocorrida em Lisboa no passado dia 23 de Novembro, gostaríamos de, se nos permite, transmitir a nossa inquietação relativamente ao tempo que dispomos para o desenvolvimento do estudo. De acordo com a nossa previsão já devíamos ter aplicado os questionários em Novembro e, por este motivo, temos muita urgência em fazê-lo.

Assim, caso concorde, sugeríamos que fossemos nós a construir o questionário, que poderia posteriormente validar.

Permita-nos também lembrar que ainda necessitamos da autorização para a utilização de questionário para o estudo no ACES [REDACTED]

[https://mail.sapo.pt/mail/imp/view.php?view\\_token=fUnSh12XKs8kfStTkQzEib&ac...](https://mail.sapo.pt/mail/imp/view.php?view_token=fUnSh12XKs8kfStTkQzEib&ac...) 20-12-2016

#### **ANEXO 4:** Caixa (tipo urna) para a recolha do questionário





## **ANEXO 5:** Quadro Resumo da Revisão *Scoping*

**Quadro Resumo da Revisão *Scoping***

AUTORES	NOME DO ARTIGO	SETTING	RESULTADOS
Ann Linguiti Pron (2013)	Job satisfaction and perceived autonomy for nurse practitioners working in nurse-managed health centers	Enfermeiros com competências avançadas que trabalham em Cuidados de Saúde Primários.	<p>O autor refere a autonomia como um fator intrínseco, para total satisfação no trabalho</p> <p>Se os enfermeiros tiverem desafio/autonomia, têm maior propensão a ter satisfação no trabalho</p> <p>Os benefícios da ausência de turnos estão correlacionados com a satisfação de trabalho.</p> <p>Satisfação com autonomia foi o segundo item mais alto</p> <p>Satisfação elevada no trabalho pode levar a atrair e reter mais enfermeiros para trabalhar nos cuidados de saúde primários</p>
Sérgio Dominique-Ferreira (2015)	Medição da satisfação dos profissionais de saúde: uma aplicação no Agrupamento de Centros de Saúde Feira-Arouca	Cuidados de Saúde Primários	<p>Em relação à cooperação e à colaboração dos colegas de profissão sugere-se o aumento da formação nas áreas de gestão de equipas, liderança e comunicação, sendo que existem aspetos que condicionam estas relações, tais como as competências profissionais e humanas.</p> <p>as USF poderem escolher a sua própria equipa, aumenta os níveis de satisfação dos profissionais,</p> <p>fatores que condicionam a satisfação dos profissionais, como a remuneração as condições físicas do local de trabalho e até aspetos relacionados com riscos inerentes à atividade profissional.</p>

José Castro, Helena Lago, M <sup>a</sup> Conceição Fornelos, Patrícia Novo, Rosa Maria Saleiro, Odete Alves (2011)	Satisfação profissional dos enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários: o caso do Centro de Saúde de Barcelos/Barcelinhos	Cuidados de Saúde Primários	Satisfeitos com as interações humanas que estabelecem com os utentes. Satisfeitos com a relação com os colegas, reconhecimento social e com a perceção da garantia dos cuidados aos utentes. Insatisfeitos com a remuneração, reconhecimento institucional, proteção e prevenção de riscos profissionais. Insatisfeitos com os aspetos do <i>status/prestígio</i> da profissão.
Ozlem Cagan, Eskisehir Osmangazi (2015)	The job satisfaction and <i>burnout</i> levels of primary care health workers in the province of Malatya in Turkey	Cuidados de Saúde Primários Enfermeiros, Enfermeiras parceiras e médicos da província de Malatya, na Turquia.	Aqueles que tomaram parte no estudo afirmaram que estão satisfeitos com seus empregos O estudo demonstra que, quando os níveis de satisfação no trabalho sobem, os níveis de <i>burnout</i> caem.
Pascalina Ozida Munyewende, Laetitia Charmaine Rispel, Tobias Chirwa (2014)	Positive practice environments influence job satisfaction of primary health care clinic nursing managers in two South African provinces	Cuidados de Saúde Primários Enfermeiros gestores dos CSP	Insatisfação com insegurança no local de trabalho, exposição a roubos e violência.
Mohammed J Almalki; Gerry FitzGerald & Michele Clark (2012)	The relationship between quality of work life and turnover intention of primary health care nurses in Saudi Arabia	Cuidados de Saúde Primários Todas as enfermeiras da região de Jazan, Arábia Saudita.	37% dos enfermeiros tinha intenção de deixar a instituição Os mais novos manifestam maior intenção de sair em relação aos mais velhos. Questões como filhos dependentes, nível de educação, estado civil, e género condicionam esta intenção. Baixos salários condicionam a intenção de turnover.

Hollman D.; Lennartsson, S. & Rosengren, K. (2014)	District nurses' experiences with the free-choice system in Swedish primary care	Cuidados de Saúde Primários- Suécia	Importante rentabilizar recursos. Utilização de habilidades e competências de acordo com as prioridades e necessidades dos utentes. Mais tempo para consultas de enfermagem implicam maior satisfação nas enfermeiras. A qualidade dos cuidados e a segurança dos utentes são um fator de satisfação dos profissionais. Partilha de experiencias e conhecimentos e a cooperação entre unidades reforçam a qualidade dos cuidados prestados.
--	--	--	--

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE 1:** Categorias acerca das questões abertas

### Categorias acerca das questões abertas

[illegible]